



**esec**  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



## **Mestrado em Educação para a Saúde**

Promoção de uma relação adaptativa com o  
comportamento alimentar em jovens adultas

Patrícia Isabel Dias Nogueira

Coimbra, 2019

Patrícia Isabel Dias Nogueira

# Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultas

Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentado à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral e coorientação da Doutora Cristiana Oliveira Pires Duarte

Fevereiro, 2019

Mais do que de boa comida, alimenta-te de boas ideias! (Ilharco, 2018)

## AGRADECIMENTOS

Com persistência e acreditando em toda a força e confiança depositadas (sem qualquer ordem específica)...

...quer pelas caríssimas orientadora de mestrado Professora Doutora Ana Paula (a Perseverança) e coorientadora Doutora Cristiana (a Expert), a Professora Doutora Sofia (a Altruísta) e a Doutora Dulce (a Guia),

...quer pela Teté (o Pilar), a Konkinha (a Irmã), o Pedro (o Amigo), a Lu (a Perspicácia), a Va (a Apaziguadora), a Fi (a Crente), a Karol (a Incentivadora) e a Cristina (a Positiva),

...quer, no fundo, pela Família (avó, mãe, pai, tia, tios, primos e “primas”),

...Amigos com A maiúsculo e até alguns conhecidos, acabei por não desistir (verbo que tantas vezes me assombrou), continuando sempre página a página, frase a frase, vocábulo a vocábulo, a construção deste projeto de promoção de saúde, que não teria sido possível sem o grupo fantástico de voluntárias do estudo.

De uma maneira geral, queria agradecer a todos aqueles que, de forma mais direta ou indireta, mais perto ou mais longe, foram fazendo chegar palavras calorosas de incentivo para continuar e não abandonar o barco.

Após ter sido apanhada por tantas correntes possantes e intensas que me fizeram sentir perdida na impressionante imensidão do oceano do conhecimento, acabou por se definir uma rota de navegação com um destino específico e recompensador.

Agradeço por terem acreditado e feito acreditar que, mesmo em águas revoltas, a bonança existe, sendo possível chegar a bom porto.

Afinal, como diz o provérbio, mares calmos não fazem bons marinheiros.

## **RESUMO**

### **Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultas**

O presente trabalho de projeto, e respetivo programa de intervenção, realizado no âmbito da Educação para a Saúde, teve como principal objetivo sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e da imagem corporal, em jovens adultas, de forma a contribuir para a clarificação de alguns fatores de risco (papel da pressão sociocultural, da vergonha, do afeto negativo e de variáveis individuais como o perfeccionismo), bem como de fatores protetores e ainda promover uma relação adaptativa com o Eu e com o comportamento alimentar, nomeadamente a aceitação da imagem corporal e uma alimentação mais consciente e flexível.

A amostra foi constituída por cinco estudantes de duas escolas de saúde (ESTeSC e ESEnfC). O projeto decorreu durante dois meses, contando com cinco sessões, realizadas uma vez por semana, com a duração de sessenta minutos cada. A avaliação foi realizada através da aplicação de quatro instrumentos de avaliação (BSI, BISS, FMPS e IES-2), no início (pré-teste) e no final (pós-teste) da intervenção.

Os resultados obtidos, através dos devidos instrumentos, evidenciaram uma diminuição dos níveis de vergonha corporal, afeto negativo e perfeccionismo e um aumento dos níveis de alimentação intuitiva da maioria das participantes, com especial incidência num dos sujeitos.

Após a devida análise, concluiu-se que o programa de intervenção deste trabalho cumpriu os objetivos propostos, demonstrando o quão importante é a implementação deste tipo de programas de promoção da saúde na área do comportamento alimentar em jovens adultas.

**Palavras-chave:** pressão sociocultural, vergonha, afeto negativo, perfeccionismo, alimentação consciente

## **ABSTRACT**

### **Promoting an adaptive relationship with eating behaviour in young adults**

The main objective of this project work, and its intervention program, carried out within the scope of Health Education, was to raise awareness about the difficulties of regulating eating behavior and body image in young adults, in order to contribute to the clarification of some risk factors (the role of sociocultural pressure, shame, negative affect and individual variables such as perfectionism), as well as protective factors and also promote an adaptive relationship with the Self and with eating behavior, namely the acceptance of body image and a more conscious and flexible diet.

The sample consisted of five students from two health schools (ESTeSC and ESEnfC). The project lasted for two months, with five sessions, carried out once a week for the duration of sixty minutes each. The evaluation was performed through the application of four evaluation instruments (BSI, BISS, FMPS and IES-2), at the beginning (pre-test) and at the end (post-test) of the intervention.

The results obtained, through the appropriate instruments, showed a decrease of the levels of body shame, negative affect and perfectionism and an increase of intuitive eating levels of the majority of participants, with special incidence in one of the subjects.

After the due analysis, it was concluded that the intervention program of this work fulfilled the proposed objectives, demonstrating how important is the implementation of this type of health promotion programs in the area of food behavior, more specifically in the adaptive relationship in young adults.

**Keywords:** shame, perfectionism, negative affect, sociocultural pressure, intuitive eating

**ÍNDICE**

<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMO</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VI</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>2.1. O que nos vulnerabiliza (fatores de risco)</b>	<b>3</b>
<b>2.1.1. O papel da pressão sociocultural, da vergonha, do</b>	<b>3</b>
afeto negativo e do perfeccionismo	
<b>2.2. O que nos protege (fatores de proteção)</b>	<b>9</b>
<b>2.2.1. Aceitação corporal/respeito pelo corpo</b>	<b>9</b>
<b>2.2.2. Alimentação consciente/intuitiva</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Programas de Intervenção em Saúde</b>	<b>13</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Objetivos</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Características do estudo</b>	<b>15</b>
<b>3.3. População-alvo</b>	<b>15</b>
<b>3.3.1. Características sociodemográficas da amostra</b>	<b>15</b>
<b>3.4. Instrumentos de colheita de dados</b>	<b>17</b>
<b>3.5. Procedimentos éticos e legais</b>	<b>21</b>
<b>3.6. Implementação do Programa de Intervenção</b>	<b>22</b>
<b>3.7. Avaliação</b>	<b>24</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>4.1. Apresentação dos resultados da aplicação da BSI</b>	<b>25</b>
<b>4.2. Apresentação dos resultados da aplicação da BISS</b>	<b>26</b>
<b>4.3. Apresentação dos resultados da aplicação da FMPS</b>	<b>27</b>
<b>4.4. Apresentação dos resultados da aplicação da IES-2</b>	<b>28</b>
<b>4.5. Apresentação dos resultados do questionário de</b>	<b>29</b>
avaliação	

<b>4.6. Inter-relação dos resultados dos instrumentos de avaliação</b>	<b>32</b>
<b>4.7. Discussão dos resultados</b>	<b>33</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>35</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO I – Questionário sociodemográfico</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO II – Declaração de consentimento informado</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO III – Instrumento de colheita de dados (BSI)</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO IV – Instrumento de colheita de dados (BISS)</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO V – Instrumento de colheita de dados (FMPS)</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO VI – Instrumento de colheita de dados (IES-2)</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO VII – Pedido de autorização para cooperação no estudo (ESTeSC)</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO VIII – Pedido de autorização para cooperação no estudo (ESEnfC)</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO IX – Cartaz de divulgação</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO X – Pedido de autorização para utilização de instrumento (BSI)</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO XI – Planificação e diário de bordo das sessões de promoção de saúde “AlimentaSão”</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO XII – Certificado de participação</b>	<b>85</b>



## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra	<b>16</b>
<b>Tabela 2</b> – Resultados da aplicação da BSI	<b>26</b>
<b>Tabela 3</b> – Resultados da aplicação da BISS	<b>27</b>
<b>Tabela 4</b> – Resultados da aplicação da FMPS	<b>28</b>
<b>Tabela 5</b> – Resultados da aplicação da IES-2	<b>29</b>
<b>Tabela 6</b> – Resultados do questionário de avaliação	<b>30</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS. FÓB.	Ansiedade Fóbica
ANSIE.	Ansiedade
BISS	<i>Body Image Shame Scale</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CCA	Congruência Corpo-Alimentação
CRF	Comer por Razões Físicas e não Emocionais
CP	Crítica Parental
CS	<i>Change Score</i>
DA	Dúvidas sobre Ações
DEPR.	Depressão
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EP	Expectativas dos Pais
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
ESTeSC	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra
FMPS	<i>Frost Multidimensional Perfectionism Scale</i>
HOST.	Hostilidade
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IDEA. PARAN.	Ideação Paranoide
IES-2	<i>Intuitive Eating Scale-2</i>
O	Organização
OBS. COMP.	Obsessões-Compulsões
PCA	Perturbações de Comportamento Alimentar
PE	Preocupação com os Erros
PIC	Permissão Incondicional para Comer
PP	Padrões Pessoais
PSICOT.	Psicoticismo
SENS. INTERP.	Sensibilidade Interpessoal
SOMAT.	Somatização
RCI	<i>Reliable Change Index</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

ST	<i>Score Total</i>
UPI	Uso de Pistas Internas de Fome e Saciedade
VCE	Vergonha Corporal Externa
VCI	Vergonha Corporal Interna
WHO	<i>World Health Organization</i>



## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde foi sendo modificado ao longo dos tempos, alterando as suas bases de sustentação. Segundo Basto (2000), a noção de saúde é relativamente recente no mundo ocidental, sendo que, no período da revolução industrial, com as novas descobertas e evolução tecnológica, a saúde é representada como ausência de doença. Em 1948, a OMS (Organização Mundial de Saúde) definiu o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, sendo uma definição inovadora para a altura, já que abriu portas ao reconhecimento dos fatores de ordem psicológica e social como condicionantes da saúde e não apenas dos fatores de ordem biológica (WHO, 1998). O conceito sugerido pela OMS incute um carácter estático, uma vez que não inclui os aspetos adaptativos da pessoa face às suas perturbações e ao meio ambiente com que interage (Viana, 2001). A saúde passou então a ser entendida como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas (WHO, 1998). São duas as dimensões essenciais que a saúde comporta: a dimensão do indivíduo e a da coletividade; ou seja, a saúde é vivida pelo indivíduo de forma única e pessoal, em interação consigo mesmo, mas também com os outros e com o meio e, como consequência, não pode ser explicitada em definitivo, uma vez que evolui com a experiência e é determinada pelo tempo (Basto, 2000).

A promoção da saúde define-se como uma combinação de apoios educacionais que visa atingir ações e condições de vida conducentes à saúde, combinando múltiplos fatores com ela relacionados, tais como as circunstâncias sociais, reguladoras do comportamento humano (Candeias, 1997). A promoção da saúde é entendida como um processo de capacitação, quer dos indivíduos, quer das coletividades para atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde, através da implantação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde e ainda reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, sem descurar a importância da intersectorialidade e interdisciplinaridade definidas na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, em 1986 (Heidemann, Boehs, Fernandes, Wosny & Marchi, 2012).

As perturbações de comportamento alimentar (PCA) são um foco de grande interesse no meio académico e clínico, pois constituem graves problemas de saúde pública associados a grande *distress* emocional, complicações e custos de saúde e invalidação psicossocial (Hudson et al., 2007; O'Reilly & Black, 2015). Apesar de as PCA estarem presentes numa minoria da população (com taxas de prevalência que variam de 1 a 4%), sintomas relacionados com o comportamento alimentar perturbado, ou dificuldades relacionadas com a imagem corporal, estão presentes numa ampla faixa da população, num grau variável de severidade, podendo progredir para casos de PCA com significado clínico (Duarte, Pinto-Gouveia & Ferreira, 2015; Duarte, Pinto-Gouveia & Stubbs, 2017; Pinto-Gouveia, Ferreira & Duarte, 2014). Assim, tem havido um crescente investimento na investigação dos fatores biológicos, psicológicos e culturais subjacentes ao desenvolvimento e manutenção de dificuldades relacionadas com a alimentação e imagem corporal. O culto do corpo, a procura de um ideal sociocultural de magreza e o significado que o corpo tem para a autoavaliação e relação do indivíduo com o grupo social tem-se propagado como um fator de grande responsabilidade no desenvolvimento destas perturbações (Fernandes, 2006; Gilbert, 2002).

Muito se tem discutido sobre os fatores de risco que levam ao desencadeamento das PCA. Estas perturbações podem ser consideradas fenómenos pluridimensionais resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais que se caracterizam por uma preocupação intensa não só com o corpo, mas com o peso e também com a alimentação (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003; Fairburn, Cooper & O'Connor, 2008). Para Wiseman, Gray, Mosimann e Ahrens (1992), os indivíduos tornam-se, muitas vezes, vulneráveis às pressões socioculturais, pois têm preocupações com um corpo idealizado com o qual se comparam. Perceções individuais de que o corpo que se tem se afasta desse ideal irrealista, associam-se a uma maior probabilidade de insatisfação com a imagem corporal (Cash, 1990), podendo estar na base do desenvolvimento de uma PCA. No entanto, apesar de a pressão sociocultural para a magreza e para a adoção de padrões alimentares restritivos, muitas vezes irrealistas, ser um fenómeno comum na sociedade moderna ocidental e que está na base de dificuldades relacionadas com a imagem corporal e com a alimentação, nem todos os indivíduos são igualmente por ela afetados. Desta

forma, importa analisar que fatores poderão contribuir para uma maior vulnerabilidade para estas dificuldades e, pelo contrário, que fatores poderão ter um papel protetor. Avanços recentes na compreensão da etiologia, manutenção e tratamento das PCA, salientam que variáveis como autoavaliações negativas e afeto negativo, vergonha, perfeccionismo e dificuldades de regulação destas experiências internas negativas influenciam o comportamento alimentar (Duarte et al., 2017; Fairburn et al., 2008; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2014; Gilbert, 2002; Goss & Allan, 2009a; Pinto-Gouveia et al., 2014). Por outro lado, dotar os indivíduos de competências de regulação emocional e comportamental parece ter um importante papel na prevenção e tratamento destas dificuldades.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. O que nos vulnerabiliza (fatores de risco)**

Os fatores de risco definem-se como quaisquer situações que aumentem a probabilidade de agravamento da saúde, ou seja, que vulnerabilizem o indivíduo, tendo, por isso mesmo, o sentido de perigo ou a ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenómeno indesejado. Assim, fatores de risco são todas as características ou circunstâncias que acompanham um aumento de probabilidade de ocorrência de um facto não desejado, sem que o referido fator tenha sido necessariamente interveniente na causa (Rouquayrol, 1995).

#### **2.1.1. O papel da pressão sociocultural, da vergonha, do afeto negativo e do perfeccionismo**

##### **Pressão sociocultural**

Segundo Gonçalves, Machado e Machado, 2011, nas culturas não ocidentais, o excesso de peso considera-se atraente e desejável, aparecendo associado à prosperidade, fertilidade, sucesso e segurança económica, enquanto que, nas culturas ocidentais, a beleza e o sucesso interpessoal surgem cada vez mais associados a um corpo magro. Nesta linha de ideias, a autoimagem ideal pode ser interna ou social, mas resulta, essencialmente, de uma combinação de ambas, uma vez que a imagem social de perfeição é interiorizada. Segundo a teoria da identificação social, as

mulheres aprendem cedo que são avaliadas, basicamente, tendo em conta a sua imagem corporal e atração física. No final da infância, início da adolescência, a comparação social passa a desempenhar um papel relevante na perceção de si própria. Muitas vezes, a comparação entre o seu corpo e o corpo veiculado pelos meios de comunicação social resulta em manifestações de insatisfação e desagrado que levam ao desenvolvimento de determinado tipo de comportamento alimentar, nomeadamente à dieta e à restrição de certos alimentos, com o objetivo de alcançar o desejado corpo magro, veiculado pelos meios de comunicação e pela sociedade. Assim, a comparação da imagem corporal real com as imagens transmitidas pela comunicação social poderá provocar uma insatisfação com a imagem corporal e, consequentemente, possíveis comportamentos alimentares perturbados ou até PCA.

Segundo a teoria de objetificação de Fredrickson e Roberts (1997) que tenta compreender as consequências experienciais de se ser uma mulher numa cultura que objetifica sexualmente o corpo feminino, as mulheres são tipicamente aculturadas para internalizar a perspetiva de um observador como uma visão primária do seu corpo. Essa perspetiva sobre si mesma pode levar ao monitoramento do corpo, o que, por sua vez, pode aumentar a vergonha das mulheres e diminuir a consciência dos estados corporais internos. A acumulação destas experiências pode ajudar a explicar uma série de riscos de saúde que afetam as mulheres, nomeadamente os transtornos alimentares.

A cultura, a família e os amigos podem ter uma forte influência e uma grande importância para o aparecimento ou não do sentimento de insatisfação corporal. Aliás, a busca pelo corpo ideal segue justamente as imposições existentes, criadas e mantidas na e pela sociedade (Sousa, Araújo & Nascimento, 2016).

Tem sido enfatizado que a pressão sociocultural relativamente à aparência física pode constituir um importante fator de risco para o desenvolvimento de PCA. Neste contexto, a associação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar, pode ser um reflexo da pressão cultural relativamente aos ideais não realistas da imagem corporal (Macedo et al., 2007).



### **Vergonha**

Atualmente, o ideal de beleza é transmitido de várias formas, mais especificamente através das influências familiares e dos grupos de pares. No entanto, a forma mais visível e poderosa de transmissão dos ideais de beleza associados à magreza são os meios de comunicação social. Nos dias de hoje, assiste-se a uma transmissão massiva pelos meios de comunicação social de uma imagem de beleza prototípica com pesos corporais normalmente muito abaixo do peso da população em geral. Há, de facto, uma influência dos ideais de beleza veiculados pelos meios de comunicação na internalização do ideal de beleza como representativo de características de personalidade positivas, felicidade, competência, sucesso e poder (Engeln-Maddox, 2006). Além disso, a pressão social para a magreza aparece ainda associada a uma desvalorização acentuada do excesso de peso e obesidade (Gonçalves, Machado & Machado, 2011; Puhl & Heuer, 2009). A procura em atingir este tipo de corpo idealizado de magreza, incompatível para a maioria das pessoas, está muitas vezes na base do envolvimento em comportamentos alimentares problemáticos como restrição alimentar intensa ou padrões rígidos de dieta. Paradoxalmente, podem igualmente ocorrer comportamentos de descontrolo alimentar ou de sobrealimentação como forma mal-adaptativa de *coping* ou de escape à autoavaliação e estados emocionais negativos que esta comparação gera (Espíndola & Blay, 2006; Gilbert, 2002).

A vergonha tem sido alvo de um interesse crescente relativamente ao papel que desempenha no funcionamento humano e em diversos problemas emocionais e interpessoais (Gilbert, 1998, 2002, 2007; Tangney & Dearing, 2002). A vergonha é uma emoção distinta da espécie humana, associada à experiência interna do Eu como um agente social não atraente, indesejável, sem valor, defeituoso ou impotente, bem como a autoavaliações negativas de inadequação e de defeitos (Gilbert, 2007; Lewis, 1992; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012; Tangney & Dearing, 2002; Tracy & Robins, 2004). Esta emoção autoconsciente desempenha um papel crucial na formação da identidade e surge, igualmente, como um afeto defensivo relacionado com o status social e com a prevenção da rejeição do grupo, algo que é sentido por todos os seres humanos como altamente ameaçador (Gilbert, 1998, 2007; Tangney & Fischer, 1995). Por conseguinte, a vergonha surge nas interações com outras pessoas,

influenciando o funcionamento humano ao nível individual e interpessoal (Gilbert & Andrews, 1998; Tangney & Dearing, 2002). Ao experimentar a vergonha, a tendência é generalizar os fracassos como um defeito do Eu. Como tal, a emoção de vergonha ativa igualmente uma série de outras emoções negativas como o medo, a ansiedade, o nojo ou a raiva. De acrescentar que a sensação de inferioridade ou a própria desvalorização provocam uma vontade de se esconder e desaparecer como forma de evitar potenciais ataques do grupo social. Assim, a vergonha centraliza-se no Eu, mas é construída socialmente e focada nas avaliações negativas que o Eu crê gerar na mente dos outros (Markham, Thompson & Bowling, 2005).

Há, no entanto, que distinguir as duas dimensões da vergonha: vergonha externa e vergonha interna. A primeira está relacionada com pensamentos e sentimentos sobre o Eu como objeto social, estando associado a avaliações de que o Eu gera sentimentos e pensamentos negativos nos outros, isto é, que os outros veem o Eu como um agente social defeituoso, inferior, negativo, não atrativo e, por isso, sujeito a abandono ou mesmo ataque. Já a segunda surge ao construir um discurso interno pautado por autoavaliações de teor autocrítico, nas quais estas avaliações negativas de como o indivíduo crê ser visto pelos outros são internalizadas e o Eu se vê como inferior, defeituoso e sem valor (Gilbert, 2002).

Em suma, e de acordo com Gilbert (2000, 2003), Gilbert e Andrews (1998), Tangney (1996) e Tangney, Stuewig e Mashek (2007), sendo a vergonha uma emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal, numa situação na qual se sinta vergonha, é frequente ocorrer uma autoavaliação global do indivíduo como sendo portador de características indesejáveis em termos sociais (ser-se desajeitado, diferente, inadequado, medíocre, fraco, repugnante ou mau) mas, também a perceção de uma heteroavaliação como possuindo as referidas características e, consequentemente, sentindo-se inferiorizado em termos sociais (como citado em Neves, 2011).

Esta emoção tem sido associada a várias dificuldades interpessoais e emocionais (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011; Matos, Pinto-Gouveia & Gilbert, 2013). Adicionalmente, vários estudos demonstraram o impacto da vergonha no desenvolvimento e na manutenção de dificuldades de comportamento alimentar (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Duarte, Pinto-Gouveia & Ferreira, 2014; Goss &

Allan, 2009b; Grabhorn, Stenner, Stangier & Kaufhold, 2006; Swan & Andrews, 2003; Troop, Allan, Serpell & Treasure, 2008). A imagem corporal pode ser um importante fator gerador de vergonha, pois é uma dimensão do indivíduo exposta à potencial avaliação negativa por parte dos outros (Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2014; Gilbert, 2002). De acordo com Markham, Thompson e Bowling (2005), a internalização do ideal da magreza e a tendência da comparação desta com a imagem corporal, poderão estar na base da vergonha corporal, sendo que cada um desempenha um papel na promoção de um sentimento de inadequação em relação ao seu corpo. Assim, a comparação social, a imagem do corpo ideal e a valorização global desta ideia parece suscitar sentimentos de inadequação que provocam experiências de vergonha da imagem corporal. Estudos recentes têm demonstrado que esta dimensão da vergonha focada no corpo desempenha um papel significativo no desenvolvimento (Duarte et al., 2017) e manutenção das dificuldades relacionadas com a imagem corporal e alimentação. Em particular, Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira (2014) sugerem que a vergonha da imagem corporal tem um efeito direto significativo na compulsão alimentar, propondo que esta perturbação pode emergir como uma forma inadequada de lidar com a ameaça do julgamento sobre a imagem corporal cuja consequência é uma atitude severa de autocrítica. O sofrimento emocional tem sido associado a dificuldades na autorregulação, sendo que as emoções negativas podem aumentar a ingestão compulsiva de alimentos. Simultaneamente, os indivíduos com PCA tendem a ter dificuldades em distinguir e descrever as suas emoções, bem como em lidar com estas últimas. Como consequência, os episódios de ingestão alimentar compulsiva podem ser utilizados para regular as emoções (Resende, 2012).

### **Afeto negativo**

O papel das emoções é essencial na manutenção da motivação necessária para alcançar metas. Assim, altos níveis de afeto positivo estão, frequentemente, associados a uma alta autoestima, provocando o êxito, ao longo da vida. Por outro lado, altos níveis de afeto negativo podem provocar uma incapacidade e inadequação sociais, passando também por PCA.

Segundo Gouveia, Canavarro e Moreira (2017), as dificuldades de regulação emocional influenciam os comportamentos alimentares e as atitudes relacionadas com o peso. De facto, uma forma de lidar com estados internos e emoções negativas e stressantes é através da utilização de comportamentos alimentares perturbados. Assim, a ingestão emocional define-se como o ato de comer em resposta a um estado emocional em vez da fome ou o ato de comer quando se regulam emoções negativas de forma inadaptativa. Assim, a forma inadaptativa como o indivíduo regula os seus estados internos, principalmente os mais difíceis e indutores de stress, pode influenciar a adoção de PCA.

De acordo com Luo, Forbush, Williamson, Markon e Pollack (2013), o afeto negativo, causado por falhas em alcançar os padrões perfeccionistas, pode aumentar a insatisfação corporal que, interagindo com uma baixa autoestima, leva a PCA, tais como a compulsão alimentar.

### **Perfeccionismo**

O perfeccionismo é comumente visto como um traço de personalidade caracterizado pela busca da perfeição e pelo estabelecimento de padrões excessivamente altos de desempenho, acompanhados por uma tendência a se ser excessivamente crítico(a) em relação ao comportamento (como citado em Amaral et al., 2013). Os perfeccionistas têm sido descritos como indivíduos cujos esforços nunca parecem bons o suficiente, pelo menos perante si próprios, julgando sempre que poderiam e deveriam fazer melhor. Pessoas com este perfil utilizam as suas capacidades cognitivas para uma avaliação tendenciosa com padrões de desempenho incidentes em se concentrar nas falhas e em desvalorizar as realizações positivas. Os perfeccionistas esforçam-se de uma forma compulsiva e incansável em direção a metas impossíveis e medem o seu próprio valor inteiramente em termos de produtividade. Este facto gera *distress* emocional nas pessoas, havendo assim uma associação a um número significativo de problemas psicológicos (Burns, 1980). Portanto, o perfeccionismo induz a uma tendência para perseguir padrões e atingir objetivos autoimpostos, irrealisticamente altos, com base na intolerância de qualquer falha. Como consequência, a autoestima depende bastante do sucesso da obtenção destes padrões pessoais. O perfeccionismo está relacionado com vários estados não

saudáveis, nomeadamente na área do comportamento alimentar, lutando-se por padrões de controlo pessoal muito exigentes, como por exemplo, a restrição alimentar ou uma dieta rígida ou ainda uma forma corporal e peso ideais (Macedo et al., 2007).

De acordo com um estudo de Luo, Forbush, Williamson, Markon e Pollack (2013), existe uma associação entre o perfeccionismo, as PCA e a insatisfação corporal. Traços de perfeccionismo desempenham igualmente um papel importante numa maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados na população geral. Um estudo de Ferreira et al. (2014), realizado numa amostra clínica de doentes com PCA e numa amostra não-clínica de mulheres da população geral, demonstrou que o perfeccionismo se associa a autocrítica (que tem sido definido como uma forma de internalização da vergonha; Gilbert et al., 2004), tendo ambos um efeito significativo numa maior severidade de sintomas de psicopatologia alimentar. Este estudo demonstrou ainda que estas associações são mediadas, influenciadas por níveis superiores de insatisfação corporal e afeto negativo.

## **2.2. O que nos protege (fatores de proteção)**

Os fatores de proteção definem-se como quaisquer situações que diminuam a probabilidade de agravamento da saúde, ou seja, que evitem a vulnerabilização do indivíduo, tendo, por isso mesmo, o sentido de proteção ou de evitar a ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenómeno indesejado. Assim, fatores de proteção são todas as características ou circunstâncias que acompanham um aumento de probabilidade de evitar a ocorrência de um facto não desejado, sem que o referido fator tenha sido necessariamente interveniente na causa (Rouquayrol, 1995).

### **2.2.1. Aceitação corporal/respeito pelo corpo**

A imagem corporal é definida como a figura mental relativa ao tamanho e forma do corpo, bem como pelos sentimentos em relação a essas mesmas características e partes constituintes do corpo, possuindo assim dois componentes principais, a atitudinal e a perceptual. Nesta ordem de ideias, a imagem corporal

refere-se à figura existente na mente do indivíduo relativamente ao tamanho, forma e estrutura do seu corpo (Sousa, Araújo & Nascimento, 2016).

O modo singular como cada indivíduo configura a sua imagem corporal, consciente ou inconscientemente, assume um significado crucial na manutenção da saúde e no desenvolvimento da sua corporeidade, motricidade e vitalidade, com reflexos na constituição da autoestima e nos relacionamentos afetivos e sociais. Por conseguinte, as perturbações graves na imagem corporal podem sinalizar a presença de psicopatologia (Peres & Santos, 2007; Peres, Santos, & Kruschewsky, 2007).

Indivíduos com uma menor capacidade em aceitar críticas relacionadas com a imagem corporal, tendo assim uma maior insatisfação com seu próprio corpo, tendem a valorizar a importância em ter um corpo magro, bem como adotar padrões alimentares excessivamente restritivos, podendo estes fatores contribuir para o desenvolvimento de PCA (Fairburn et al., 2008; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011; Stice, Marti & Durant, 2011). Um importante mecanismo que tem sido apontado como podendo diminuir o efeito da insatisfação corporal e da vergonha, no envolvimento em comportamentos alimentares perturbados, é a flexibilidade e aceitação da imagem corporal, isto é, a capacidade de aceitar, sem julgamento pensamentos e emoções relacionados com a imagem corporal (Sandoz et al., 2013).

Segundo Moore, Masuda, Hill e Goodnight (2014), mulheres com uma maior flexibilidade e aceitação da imagem corporal manifestam menos comportamento alimentar perturbado do que aquelas com menor flexibilidade. Portanto, a aceitação da imagem corporal modera a existência de PCA.

De acordo com Pinto-Gouveia, Ferreira e Duarte (2012), a aceitação da imagem corporal num processo de regulação de pensamentos alimentares e insatisfação corporal revelou-se como um fator protetor contra os sintomas das PCA.

### **2.2.2. Alimentação consciente/intuitiva**

A alimentação consciente, também conhecida por alimentação intuitiva ou *mindful*, caracteriza-se pela ingestão baseada na fome fisiológica e em sinais de saciedade, em vez de pistas situacionais e emocionais (como, por exemplo, a experiência de vergonha em relação ao corpo), estando também associada ao bem-estar psicológico (Tylka, 2006; Tylka & Kron Diest, 2013). Este modo de alimentar

o corpo conduz à capacidade do indivíduo se conectar e compreender os sinais internos de fome e saciedade, em vez de guiar a sua alimentação com base em regras rígidas ou padrões alimentares perturbados para atingir uma imagem corporal idealizada e socioculturalmente valorizada, que poderão conduzir ao desenvolvimento de uma PCA (Duarte, Pinto-Gouveia, Mendes, 2016).

A premissa fundamental por detrás da alimentação intuitiva é que, se se “ouvir” o corpo, este “sabe”, intrinsecamente, a quantidade e o tipo de alimento a ser consumido para manter a saúde, a nível nutricional, bem como o peso adequado (Dyke & Drinkwater, 2013).

Sugestões teóricas têm apontado que um comportamento alimentar adaptativo se associa à capacidade de se estar consciente e aceitar eventos internos (sensações físicas, emoções e pensamentos). Este conceito está relacionado com a capacidade de o indivíduo se alimentar estando consciente das sensações corporais, enquanto se está a comer, reconhecendo sinais de fome, saciedade e paladar, apontando assim para a importância do estar consciente no momento presente (Brown & Ryan, 2003). Segundo Mathieu (2009), este tipo de alimentação consiste em comer de forma consciente e plena, dando atenção, quer aos sinais de fome que o corpo dá, quer às pistas de saciedade que se vão sentindo. Estudos sugerem que a alimentação consciente reduz, gradualmente, episódios de alimentação emocional e de ingestão alimentar compulsiva (Duarte et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2016). Este modo de alimentação envolve: a diminuição do ritmo de comer (por exemplo, fazer pausas durante cada dentada, mastigando mais devagar, fazendo uma pausa para respirar e sentir o momento); comer longe de distrações como a televisão ou o computador ou comer no carro; tomar consciência, quer dos sinais de fome, quer das pistas de saciedade que o corpo fornece e utilizá-los para decidir continuar ou terminar de comer, em vez de seguir uma dieta rígida; reconhecer respostas a alimentos sem julgamento (gostar, não gostar, indiferença); escolher comer alimentos que sejam ao mesmo tempo agradáveis e nutritivos, usando todos os sentidos enquanto se come; estar ciente e refletir sobre os efeitos causados por se comer de forma inconsciente (por exemplo, comer por tédio ou tristeza ou comer de mais ao ponto de se sentir desconfortável). Em suma, a alimentação consciente ou comer com atenção plena terá como consequência o bem-estar, já que é mais o modo como se come o alimento

do que o que se come ou não. Ou seja, comer com atenção plena ou de forma consciente, significa que não há restrições de comida, pois se existirem regras rígidas em torno da alimentação, é mais provável a ocorrência de uma obsessão com determinados alimentos, nomeadamente os considerados menos saudáveis e, consequentemente, existirá uma maior probabilidade de se sucederem comportamentos alimentares perturbados e PCA.

Tylka (2006) afirma que os indivíduos que comem adaptativamente usam com frequência a fome fisiológica e sinais de saciedade para orientar os seus comportamentos alimentares, enquanto os indivíduos com PCA costumam usar pistas emocionais para guiar os seus comportamentos alimentares.

De acordo com Bacon e Aphramor (2011), adotar uma alimentação intuitiva é um processo que se adquire ao longo do tempo. Particularmente para pessoas com uma longa história de dietas e restrições alimentares ou preocupações com a imagem corporal, pode não ser fácil abandonar antigos hábitos e atitudes, arriscando-se a tentar novas formas de se relacionar com a comida e com o Eu. Comer intuitivamente acontece de forma gradual, enquanto as crenças interiorizadas sobre comida, nutrição e alimentação vão sendo desafiadas e desaprendidas, ao mesmo tempo que vão sendo substituídas por novas ideias e formas de estar.

Tylka e Wilcox (2006) sugerem que a alimentação intuitiva e a sintomatologia de PCA são polos opostos do mesmo constructo. No seu estudo, os resultados demonstraram que a alimentação intuitiva se associa a níveis elevados de bem-estar psicológico e a baixos níveis de sintomatologia de PCA.

Num estudo de Avalos e Tylka (2006), verificou-se que a aceitação positiva do corpo pelos outros pode levar a acreditar que não é preciso perder peso ou fazer exercício, passando a sentir internamente o corpo e a dar uma maior importância à valorização corporal. Estas variáveis intrapessoais podem tornar-se os fatores mais importantes para levar a pessoa a alimentar-se intuitivamente.

Num estudo de Bacon, Stern, Loan e Keim (2005), a prática de uma alimentação consciente foi associada a mudanças positivas no comportamento alimentar a longo prazo. Os dados sugeriram que incentivar a aceitação do corpo, a redução de comportamentos baseados em dietas e ter uma maior consciência de resposta aos sinais corporais resultou numa melhoria da saúde.



Outros estudos têm corroborado que a alimentação intuitiva constitui uma alternativa mais saudável para a regulação da alimentação e do peso, estando associada a melhor ajustamento psicológico e bem-estar emocional (Denny, Loth, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2012; Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016).

### **2.3. Programas de Intervenção em Saúde**

Os programas de intervenção em saúde são eficazes na mudança de comportamentos e atitudes ou outras características psicológicas úteis para implementar estilos de vida associados a uma saúde melhor (Ribeiro, 2015).

Na área do comportamento alimentar adaptativo, foi recentemente implementado, em Coimbra, Portugal, um programa de intervenção grupal, de doze semanas, denominado *BEfree* dirigido a pessoas com excesso de peso ou obesidade e com ingestão alimentar compulsiva. Este programa incidia na psicoeducação, na atenção plena (nomeadamente na alimentação *mindful*), na compaixão e na aceitação da imagem corporal. Os resultados mostraram a eficácia deste programa, reduzindo tanto a sintomatologia da compulsão alimentar, como a vergonha e ainda sintomas depressivos. Por outro lado, aumentou a atenção plena, a autocompaixão e a flexibilidade psicológica dos(as) participantes, durante um período de acompanhamento de seis meses (Pinto-Gouveia et al., 2016). Além disso, os(as) participantes consideraram como um dos conteúdos mais importantes do programa “o funcionamento da mente humana”, “o não reagir a pensamentos e emoções” e “a aceitação de experiências internas” (Pinto-Gouveia et al, 2016). Um outro estudo denominado CARE testou a eficácia de um programa breve de compaixão e atenção plena em mulheres da população geral com ingestão alimentar compulsiva. Os dados deste estudo sugerem que desenvolver competências de aceitação pode melhorar o comportamento alimentar, tal como o bem-estar psicológico em indivíduos com PCA (Duarte, Pinto-Gouveia & Stubbs, 2017). Neste estudo, verificou-se uma diminuição no ato de comer de forma compulsiva, na autocritica e no afeto negativo e um aumento da flexibilidade relacionada com a imagem corporal e na capacidade das participantes adotarem ações compassivas. A maioria das participantes mencionou que o programa teve igualmente efeitos na sua capacidade de comerem de forma mais consciente e intuitiva.

*Eat for Life* foi o primeiro estudo publicado de uma intervenção que combinou dois paradigmas, a alimentação intuitiva e a atenção plena, que estão a ser cada vez mais usados como métodos positivos e sustentáveis de alimentação. O *Eat for Life*, programa de intervenção em grupo com uma amostra não clínica, decorreu durante dez semanas em Chicago, nos Estados Unidos da América, integrando o *mindfulness* e a alimentação intuitiva. O seu objetivo consistiu em examinar a eficácia de uma nova intervenção em comportamentos alimentares perturbados e insatisfação corporal. Este programa focou-se em examinar se a prática de capacidades relacionadas com a tolerância e a atenção plena resultariam em melhorias nessas áreas, bem como se o treino de capacidades intuitivas e atenção plena resultaria num aumento da apreciação do corpo e na diminuição de sintomas de PCA e ainda qual o papel que a atenção plena desempenharia na facilitação dessas mesmas mudanças. No fim da aplicação deste programa, houve diferenças significativas no grupo de intervenção, relativamente à apreciação corporal, alimentação intuitiva e atenção plena. O grupo de intervenção teve mais probabilidades de ser assintomático em PCA do que o grupo de comparação, tendo a atenção plena servido como mediador parcial (Bush, Rossy, Mintz & Schopp, 2014).

Um outro programa de intervenção em saúde, na área do comportamento alimentar, foi o programa piloto *My Body Knows When*, aplicado no estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América, cujo objetivo foi ajudar os(as) participantes a rejeitar a mentalidade de dieta através da alimentação intuitiva. Esta intervenção durou dez semanas e foi baseada em dez princípios da alimentação intuitiva. Através de um modelo de promoção de saúde, o programa foi capaz de fazer com que os(as) participantes fizessem uma mudança significativa de comportamentos e mentalidade relacionados com o conceito de dieta. Desta forma, procedeu-se a uma abordagem holística da alimentação intuitiva para a mudança de um comportamento alimentar saudável, a longo prazo, beneficiando de um sistema de apoio alargado para melhorar a eficácia, na área do comportamento alimentar (Cole & Horacek, 2010).

Quer o programa *Eat for Life* e *My Body Knows When* foram desenvolvidos para a população geral, não clínica, numa ótica de promoção de comportamentos alimentares saudáveis e relação positiva com a imagem corporal e alimentação.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Objetivos**

O presente projeto tem como objetivo geral sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e da imagem corporal em jovens adultas. São definidos como objetivos específicos contribuir para a clarificação de alguns fatores de risco (papel da pressão sociocultural, da vergonha, do afeto negativo e de variáveis individuais como o perfeccionismo), bem como de fatores protetores e ainda promover uma relação adaptativa com o Eu e com o comportamento alimentar, nomeadamente a aceitação da imagem corporal e uma alimentação mais consciente e flexível.

#### **3.2. Características do estudo**

Este estudo assenta numa análise descritiva dos dados, bem como no *feedback* qualitativo das sessões de promoção de saúde.

#### **3.3. População-alvo**

O projeto implementado englobou estudantes de duas escolas de saúde de Coimbra, sendo o número total de participantes de cinco, mais especificamente dois elementos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) e três da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) – Polo B.

Foram considerados como critérios de inclusão ser-se um jovem adulto, bem como frequentar a ESTeSC ou a ESEnfC.

##### **3.3.1. Características sociodemográficas da amostra**

Analisando as características sociodemográficas da amostra, conforme a tabela 1, verifica-se que, relativamente à idade, esta varia entre os 18 e os 20 anos, com uma média de 18,8 anos de idade. Os elementos da amostra são do sexo feminino, bem como do género feminino. Todas as participantes são solteiras, sendo quatro residentes no meio rural e uma no meio urbano. No que respeita ao agregado familiar, duas vivem com o pai e a mãe, duas moram com o pai, a mãe e o irmão(ã) e uma reside com o pai, a mãe, o irmão(ã) e a avó. Relativamente às habilitações

literárias, as cinco participantes possuem o 12.º ano de escolaridade. A situação laboral de estudante é comum a toda a população-alvo.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
18 anos	2	40
19 anos	2	40
20 anos	1	20
<b>Sexo</b>		
Feminino	5	100
Masculino	0	0
<b>Género</b>		
Feminino	5	100
Masculino	0	0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	05	25
Casado(a)	12	60
União de facto	03	15
Divorciado(a)	0	0
Outro	0	0
<b>Residência</b>		
Meio rural	4	80
Meio urbano	1	20
<b>Agregado familiar</b>		
Pai e mãe	2	40
Pai, mãe e irmão(ã)	2	40
Pai, mãe, irmão(ã) e avó	1	20
<b>Habilitações literárias</b>		
12.º ano de escolaridade	5	100
Licenciatura	0	0
Mestrado	0	0

Outras	0	0
<b>Situação laboral</b>		
Estudante	5	100
Trabalhador(a) estudante	0	0
Outra	0	0

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica da amostra

### 3.4. Instrumentos de colheita de dados

Inicialmente, e de forma a caracterizar a amostra, foi aplicado um questionário sociodemográfico (anexo I), elaborado pela investigadora, com o intuito de identificar a idade, o sexo, o género, o estado civil, a residência, o agregado familiar, as habilitações literárias e a situação laboral da população-alvo.

Para a concretização dos objetivos do presente estudo foi necessário recorrer a instrumentos já utilizados em investigações descritas, quer em bibliografia nacional, quer internacional. Após o devido preenchimento da declaração de consentimento informado (anexo II), bem como do referido questionário sociodemográfico, foram aplicados, antes e depois do programa de intervenção, um pré-teste e um pós-teste para a realização da colheita de dados, com base nos quatro seguintes instrumentos:

(1) – BSI (*Brief Symptom Inventory*) (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995). A BSI avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia: (1) somatização (SOMAT.) – mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas focadas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro sistema com mediação autonómica, além de dores localizadas na musculatura e ainda outros equivalentes somáticos da ansiedade (sete itens); (2) obsessões-compulsões (OBS. COMP.) – sintomas identificados com obsessões-compulsões, tais como cognições, impulsos e comportamentos persistentes aos quais o indivíduo não consegue resistir (embora sejam egodistónicos) e comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (seis itens); (3) sensibilidade interpessoal (SENS. INTERP.) – sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade particularmente na comparação com outras pessoas, autodepreciação, hesitação, desconforto e timidez durante as interações

sociais (quatro itens); (4) depressão (DEPR.) – indicadores de depressão clínica representados nos sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital e falta de motivação e de interesse pela vida (seis itens); (5) ansiedade (ANSIE.) – indicadores gerais como nervosismo e tensão, sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade (seis itens); (6) hostilidade (HOST.) – pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado de afetivo negativo de cólera (cinco itens); (7) ansiedade fóbica (ANS. FÓB.) – resposta de medo persistente em relação a uma pessoa, local ou situação específica que, sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento e a manifestações de comportamento fóbico mais patognomónicas, ou seja sendo sinais ou sintomas mais próprios da doença, e disruptivas (cinco itens); (8) ideação paranoide (IDEA. PARAN.) – comportamento paranoide, principalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios (cinco itens); (9) psicoticismo (PSICOT.) – indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento, isolamento interpessoal ligeiro e evidência dramática de psicose (cinco itens). As instruções da escala requerem aos(as) participantes que avaliem cada item de acordo com o grau que cada um(a) deles(as) o(a) tenha incomodado durante a última semana, utilizando uma escala *Likert* de 4 pontos, sendo 0 = ‘nunca’, 1 = ‘poucas vezes’, 2 = ‘algumas vezes’, 3 = ‘muitas vezes’ e 4 = ‘muitíssimas vezes’. A pontuação total pode variar de 0 a 212, sendo que as maiores pontuações indicam maiores níveis de afeto negativo. O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente e quaisquer outros doentes, tal como a pessoas da população em geral. Os itens que formam as nove dimensões de psicossintomatologia avaliadas por este instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos da psicopatologia e são considerados pelos manuais de classificação diagnóstica mais utilizados, ICD-10 (*International Classification of Diseases*, décima versão) e DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta revisão). Também os níveis de consistência interna para as nove escalas e a sua estrutura factorial, avaliada na população em

geral e em população clínica, são indicadores da unidade e solidez, do ponto de vista conceptual. Relativamente à confiabilidade interna, a estrutura desta escala obteve um alfa de *Cronbach* com o valor de 0,80 para a dimensão SOMAT., 0,77 para a OBS. COMP., 0,76 para a SENS. INTER., 0,73 para a DEPR., 0,77 para a ANSIE., 0,76 para a HOST., 0,62 para a ANS. FÓB., 0,72 para a IDEA. PARAN. e 0,62 para a PSICOT. (Canavarro, 2007) (anexo III);

(2) – BISS (*Body Image Shame Scale*) (Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira & Batista, 2014). A BISS foi desenvolvida para medir a experiência e a fenomenologia da vergonha da imagem corporal. Os(as) seus(suas) autores(as) geraram dois conjuntos de itens projetados para: (1) medir uma dimensão externa envolvendo sentimentos negativos e percepções de que a imagem corporal pode ser um objeto de escrutínio negativo, crítica por parte dos outros e diminuição, juntamente com a ativação de respostas defensivas para tal ameaça, tais como evitar contextos sociais; (2) uma internalização da dimensão da vergonha do corpo que compreende o autofoco e autoavaliações negativas com base na imagem corporal e consequentes comportamentos para ocultar a exposição da imagem corporal. A BISS tem 14 itens agrupados em duas subescalas: vergonha corporal externa (VCE) (sete itens) e vergonha corporal interna (VCI) (sete itens). As instruções da escala requerem aos(às) participantes que avaliem cada item de acordo com a tradução da frequência com que experimentam sentimentos ou experiências de vergonha, em relação à imagem corporal, utilizando uma escala de 5 pontos, sendo 0 = ‘nunca’, 1 = ‘raramente’, 2 = ‘às vezes’, 3 = ‘frequentemente’ e 4 = ‘quase sempre’. A pontuação total pode variar de 0 a 56, sendo que as maiores pontuações indicam maiores níveis de vergonha. Os resultados indicaram que a estrutura de 14 itens obtida revelou uma confiabilidade interna muito boa com um alfa de *Cronbach* com o valor de 0,92. Além disso, a dimensão VCE apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,89 e a VCI de 0,90 (Duarte et al., 2014) (anexo IV);

(3) – FMPS (*Frost Multidimensional Perfectionism Scale*) (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; versão portuguesa de Amaral et al., 2013). A FMPS é uma das escalas mais usadas em todo o mundo para avaliar o perfeccionismo. É composta por 35 perguntas agrupadas em seis subescalas: (1) preocupação com os erros (PE) – preocupações excessivas sobre o fracasso e o medo da avaliação

negativa de outros (nove itens); (2) padrões pessoais (PP) – estabelecimento de padrões elevados, esforço para alcançá-los e autoavaliação contingente baseada na conquista (sete itens); (3) dúvidas sobre ações (DA) – dúvidas individuais sobre uma das habilidades (quatro itens); (4) expectativas dos pais (EP) – crença de que os pais definem metas muito altas e que são excessivamente críticos (cinco itens); (5) crítica parental (CP) – crença de que os pais definem metas muito altas e que são excessivamente críticos (quatro itens); (6) organização (O) – excessiva importância dada à ordem (seis itens). As instruções da escala requerem aos(as) participantes que avaliem cada item, consoante o grau de acordo ou desacordo que melhor corresponde, usando uma escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 = ‘discordo fortemente’, 2 = ‘discordo’, 3 = ‘nem discordo nem concordo’, 4 = ‘concordo’ e 5 = ‘concordo fortemente’. A pontuação total pode variar de 1 a 175, sendo que as maiores pontuações indicam maiores níveis de perfeccionismo. Todas as subescalas revelaram uma boa consistência interna, conforme indicado pelos coeficientes alfa de *Cronbach*, com o valor de 0,829 para a dimensão CM, 0,743 para a PS, 0,815 para a DA, 0,899 para a PE, 0,879 para a PC e 0,933 para a O (Amaral et al., 2013) (anexo V);

(4) – IES-2 (*Intuitive Eating Scale-2*) (Tylka & Diest, 2013; versão portuguesa de Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016). A IES-2 inclui 23 itens que avaliam quatro dimensões da alimentação intuitiva: (1) comer por razões físicas e não emocionais (CRF) (oito itens); (2) permissão incondicional para comer (PIC) (seis itens); (3) uso de pistas internas de fome e saciedade (UPI) (seis itens); (4) congruência corpo-alimentação (CCA) (três itens). Os(as) participantes são convidados(as) a classificar cada item, usando uma escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 = ‘discordo fortemente’, 2 = ‘discordo’, 3 = ‘neutro’, 4 = ‘concordo’ e 5 = ‘concordo fortemente’, selecionando a opção que melhor caracteriza as suas atitudes ou comportamentos. A pontuação total pode variar de 1 a 115, sendo que pontuações mais altas indicam níveis mais altos de alimentação intuitiva (Tylka, 2006). Relativamente à confiabilidade interna, a estrutura desta escala de 23 itens obteve um alfa de *Cronbach* com o valor de 0,87 para mulheres. Além disso, apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,93 para a dimensão CRF, 0,81 para a PIC, 0,88 para a UPI e 0,87 para a CCA (Tylka & Diest, 2013) (anexo VI).



### 3.5. Procedimentos éticos e legais

Numa primeira fase, após a escolha do tema, passou-se à elaboração da proposta do projeto que foi aceite por parte da Comissão Coordenadora do Mestrado em Educação para a Saúde. Neste primeiro momento, teve lugar a revisão da literatura, além do planeamento das sessões de promoção de saúde. Procedeu-se à elaboração do pedido de autorização para cooperação no estudo, quer à Presidência da ESTeSC (anexo VII), quer à Presidência da ESEnfC (anexo VIII), tendo ambas dado parecer favorável. Seguidamente, passou-se à divulgação das sessões de promoção de saúde para inscrição dos(as) alunos(as) interessados(as), através do envio de um cartaz digital (anexo IX). Este envio ficou a cargo do Gabinete de Comunicação da ESTeSC e do Secretariado da ESEnfC. Após a demonstração de interesse dos(as) alunos(as), através de um e-mail criado propositadamente para o projeto, efetivaram-se as devidas inscrições, respeitando os critérios do estudo. Para a execução deste projeto, foram tidos em consideração os princípios que regem a conduta ética em investigação. A população-alvo preencheu a declaração de consentimento informado, antes da realização das sessões de promoção de saúde, tendo sido explicados os objetivos do estudo, bem como apresentados os direitos de cada participante, tais como a participação voluntária, a confidencialidade das respostas, o anonimato das informações ou o ser-se livre de abandonar o estudo a qualquer momento da sua execução. Procedeu-se ainda à solicitação de autorização para a utilização do instrumento BSI, tendo sido diferido (anexo X).

Numa segunda fase, deu-se início à realização das sessões de promoção de saúde com o tema “AlimentaSão” (conjugação das palavras “alimenta” e “são”, fundindo o ato de comer com o ser-se são, ou seja, ser-se saudável, e a fonética da pseudopalavra “alimentasão” com o vocábulo “alimentação”). Houve um primeiro momento (sessão 0) em que foi apresentado o projeto e respetivo programa interventivo e assinada a declaração do consentimento informado, tendo também sido preenchido o questionário sociodemográfico e feita a recolha de dados (pré-teste). Relativamente à aplicação das restantes cinco sessões, foi necessário recorrer a ajustamentos na sua calendarização, de forma a garantir a participação de todos os elementos. O grupo esteve presente por completo nas sessões 0, 2, 3 e 5, enquanto que, nas sessões 1 e 4, acabou por ser dividido em dois grupos (um com as

estudantes da ESTeSC e outro com as estudantes da ESEnfC), uma vez que as referidas sessões tiveram que ser realizadas em duplicado por incompatibilidade de horários. O projeto contou com a colaboração de recursos humanos (profissional do Gabinete de Comunicação ESTeSC; profissional do Secretariado da ESEnfC; investigadora do projeto; psicóloga clínica e da saúde da Psicologia da Boa Forma e grupo de participantes), bem como materiais (computador, projetor multimédia, cadeiras, mesas, folhas de papel, esferográficas e cadernos).

Por fim, numa terceira fase, foi aplicado o pós-teste, bem como o questionário de avaliação das sessões. Posteriormente, decorreu o processo de tratamento e análise de dados, através dos devidos instrumentos (BSI, BISS, FMPS, IES-2) para a sua colheita e da utilização do programa IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23. Nesta fase, foi realizada ainda a discussão dos resultados, à luz da literatura consultada, bem como registadas as conclusões do estudo, identificando as suas limitações.

### **3.6. Implementação do Programa de Intervenção**

A implementação das sessões decorreu durante os meses de abril e maio de 2018, na sala Zaida Chieira, na ESTeSC, com uma periodicidade de uma sessão por semana, totalizando as cinco sessões (mais a sessão 0 de apresentação do programa, esclarecimentos, declaração de consentimento informado, questionário sociodemográfico e pré-teste). Houve alteração de algumas datas de realização das sessões de forma a proceder a um ajustamento das mesmas com a disponibilidade das participantes para que estas pudessem estar presentes em todas as sessões.

Previamente, elaborou-se um documento com a devida planificação das sessões (tema, data, local, tempo, responsável, população-alvo, objetivo geral, objetivo específico, ação/plano, conteúdos, método/estratégias, recursos, atividades e avaliação), bem como o diário de bordo de cada sessão com uma descrição completa e detalhada por sessão, incluindo uma síntese descritiva da adesão/interação do grupo e registo das questões/ilacões mais relevantes também por sessão, como se pode consultar no anexo XI.

A cada sessão foi atribuída uma cor que se traduziu no simbolismo à forma como, eventualmente, cada participante se poderia sentir em cada sessão.

O programa “AlimentaSão”, programa de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em jovens adultas, no âmbito da educação para a saúde, distribuiu-se em cinco sessões de sessenta minutos cada, para além da sessão 0:

**SESSÃO 0** – Apresentação do programa e esclarecimentos (projeção multimédia), preenchimento do questionário sociodemográfico e da declaração de consentimento informado e realização do pré-teste. Nesta sessão, atribuiu-se a cor branca, metáfora de uma folha branca, ainda sem nada escrito;

**SESSÃO 1** – “O que nos vulnerabiliza?” – Divulgação dos fatores de risco que vulnerabilizam a relação com o Eu e com o comportamento alimentar: vergonha, perfeccionismo e afeto negativo (projeção multimédia, *brainstorming* a partir de imagens e interação do grupo). Nesta sessão, foi atribuída a cor cinzenta que corresponde ao obscuro e à ideia de risco; são as nuvens no céu;

**SESSÃO 2** – “O que nos protege? (parte 1)” – Identificação dos fatores protetores e da forma como protegem a relação com o Eu e com o comportamento alimentar: consciência da pressão sociocultural para a magreza (pares e média) e do papel da vergonha e do perfeccionismo (projeção multimédia, *brainstorming* a partir de imagens e interação do grupo). Nesta sessão, atribuiu-se a cor azul, traduzindo a abertura a novas ideias e proteção; é o céu azul por trás das nuvens;

**SESSÃO 3** – “O que nos protege? (parte 2)” – Continuação da identificação dos fatores protetores e da forma como protegem a relação com o Eu e com o comportamento alimentar: aceitação corporal/respeito pelo corpo (projeção multimédia, *brainstorming* a partir de imagens e interação do grupo). Por esta sessão ter sido a segunda parte da sessão anterior, manteve-se a cor azul;

**SESSÃO 4** – “Alimentação consciente” – Apresentação/divulgação da alimentação consciente como ferramenta promotora da relação com o Eu e com o comportamento alimentar (quebra-gelo, projeção multimédia, “Se estou presente é porque gostaria de saber” – troca de ideias pares/grupo). Nesta sessão, foi atribuída a cor verde, associada à esperança e a uma diferente forma de promover saúde;

**SESSÃO 5** – “Partilha final” – Debate/reflexão sobre os temas abordados nas várias sessões (projeção multimédia, *brainstorming* final e interação do grupo). Nesta sessão, atribuiu-se a cor amarela por ser a luz, o Sol, a iluminação que se espera atingir após a intervenção.

As sessões conjugaram metodologias expositivas e interativas com o intuito de, para além da sensibilização sobre a temática, incitar, nas participantes, a discussão e a partilha de questões e experiências relacionadas com os temas abordados. A articulação com os contributos científicos apresentados pretendeu ser divulgadora de conteúdos relevantes para a saúde e qualidade de vida do grupo voluntário, apostando assim na educação e promoção de saúde.

Em todas as sessões, o grupo esteve bastante atento e interessado. As intervenções foram constantes, críticas, construtivas e perspicazes, coexistindo sintonia e união, pois os pontos de interesse eram comuns entre os vários elementos. O ambiente de trabalho revelou-se muito bom, estando sempre presente um espírito de equipa do qual se obtiveram intervenções muito interessantes que se iam complementando entre si, ao mesmo tempo que os conteúdos e os conceitos iam sendo explorados.

Entre as sessões 4 e 5, foi enviado um e-mail às participantes para realizarem uma atividade composta por dois exercícios (“Maçã consciente” e “Escrita consciente”) que consistia em comer uma maçã de forma intuitiva seguida da escrita das respostas a algumas questões sobre a parte prática. No entanto, apenas os sujeitos 3, 4 e 5 responderam ao e-mail.

No fim da totalidade das sessões, foi preenchido um questionário de avaliação sobre o decorrer do programa. Cada participante recebeu um caderno, em gesto de agradecimento, com cores simbólicas: capa preta da cor do traje académico e folhas verdes da cor da esperança. Procedeu-se, por fim, à aplicação do pós-teste. Posteriormente, foi enviado para o e-mail de cada participante o respetivo certificado de participação (anexo XII).

### **3.7. Avaliação**

No final da realização das sessões de promoção de saúde, aplicou-se um questionário de avaliação, elaborado pela investigadora, sobre a sua implementação de forma a averiguar o nível de satisfação do grupo de intervenção. A avaliação foi também efetuada através da observação direta do interesse/entusiasmo e participação/contributo dos vários elementos constitutivos do estudo (anexo XI).

## 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1. Apresentação dos resultados da aplicação da BSI

Relativamente à análise das respostas dadas às questões da BSI, segundo a tabela 2, na dimensão SOMAT., houve uma descida entre o pré-teste (T0) e o pós-teste (T1) em todos os sujeitos à exceção do 3 que manteve a ausência de sintomas. Quanto à dimensão OBS. COMP., os sujeitos 2, 3 e 4 desceram os seus níveis, enquanto que o sujeito 1 subiu ligeiramente e o sujeito 5 manteve. No que concerne à dimensão SENS. INTERP., os sujeitos 2, 3 e 5 desceram os seus níveis para 0, enquanto que o sujeito 1 subiu ligeiramente e o sujeito 4 manteve a ausência de sintomas. Na dimensão DEPR., todos os sujeitos desceram os seus valores. Relativamente à dimensão ANSIE., os resultados foram díspares: os sujeitos 1 e 5 mantiveram os valores, os sujeitos 3 e 4 desceram (o sujeito 4 desceu para 0) e apenas o sujeito 3 subiu. Quanto à dimensão HOST., os resultados voltaram a ser diferentes entre si, sendo que os sujeitos 1 e 5 subiram os seus valores, os sujeitos 2 e 4 desceram ambos para 0 e o sujeito 3 manteve. No que concerne à dimensão ANS. FÓB., os sujeitos 1 e 2 mantiveram os níveis, tendo o sujeito 2 apresentado um *score* de 0 em ambos os momentos, o sujeito 4 subiu os seus níveis e os sujeitos 3 e 5 desceram ambos para 0. Na dimensão IDEA. PARAN., os sujeitos 1, 4 e 5 mantiveram os seus níveis, enquanto que os sujeitos 2 e 3 desceram, sendo que o sujeito 2 atingiu o valor 0. Finalmente, na dimensão PSICOT., os sujeitos 1 e 2 desceram os seus valores, sendo que o sujeito 2 desceu para 0, e os restantes mantiveram. Por forma a confirmar a significância estatística da mudança dos valores do pré para o pós-teste, procedeu-se ao cálculo do *Reliable Change Index* (RCI; Índice de Mudança Confiável). Este é um indicador estandardizado que permite avaliar se a mudança apresentada por um indivíduo é estatisticamente significativa tendo em conta a fiabilidade interna da medida e o erro estandardizado (Jacobson & Truax, 1991). Existe mudança estatisticamente significativa quando o *Change Score* (CS) apresentado pelo sujeito numa medida é superior ao RCI da respetiva medida. Quanto à SOMAT., não houve alterações na mudança confiável, tendo sido o RCI de 0,66. No que toca à OBS. COMP. cujo RCI foi de 0,73, a melhoria na mudança confiável deu-se nos sujeitos 2 e 3 ( $1,00 > 0,73$ ), sem mudanças significativas nos restantes. Relativamente à SENS. INTERP. com um

RCI de 0,85, a melhoria na mudança confiável deu-se no sujeito 3 ( $1,75 > 0,85$ ), sem mudanças significativas nos demais. No que concerne à DEPR., não houve alterações na mudança confiável, tendo sido o RCI de 0,70. Quanto à ANSIE., também não houve alterações na mudança confiável, tendo sido o RCI de 0,62. No que toca à HOST. cujo RCI foi de 0,31, a melhoria na mudança confiável deu-se no sujeito 4 ( $0,40 > 0,31$ ), tendo havido uma diminuição no sujeito 5, sem mudanças significativas nos restantes. Relativamente à ANS. FÓB. com um RCI de 0,42, a melhoria na mudança confiável deu-se no sujeito 3 ( $0,60 > 0,42$ ), sem mudanças significativas nos demais. No que concerne à IDEA. PARAN. cujo RCI foi de 0,70, a melhoria na mudança confiável deu-se nos sujeitos 2 e 3 ( $1,00$  e  $1,40 > 0,79$ ), sem mudanças significativas nos restantes. Finalmente, quanto à PSICOT. com um RCI de 0,94, a melhoria na mudança confiável deu-se no sujeito 3 ( $1,00 > 0,94$ ), sem mudanças significativas nos demais.

	Sujeito 1			Sujeito 2			Sujeito 3			Sujeito 4			Sujeito 5		
	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS
SOMAT.	0,86	0,57	0,29	0,00	0,00	0,00	1,29	0,86	0,43	0,43	0,14	0,29	1,14	0,71	0,43
OBS. COMP.	1,50	1,83	-0,33	1,17	0,17	1,00	2,50	1,50	1,00	1,17	0,50	0,67	1,67	1,67	0,00
SENS. INTERP.	0,75	1,00	-0,25	0,75	0,00	0,75	1,75	0,00	1,75	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,75
DEPR.	1,17	1,50	-0,33	0,33	0,50	-0,17	1,00	0,50	0,50	0,83	0,33	0,50	1,67	1,50	0,17
ANSIE.	0,83	0,83	0,00	0,33	0,50	-0,17	0,50	0,33	0,17	0,50	0,00	0,50	1,50	1,50	0,00
HOST.	0,60	0,80	0,20	0,20	0,00	0,20	0,60	0,60	0,00	0,40	0,00	0,40	0,80	1,20	-0,40
ANS. FÓB.	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,60	0,00	0,40	-0,40	0,20	0,00	0,20
IDEA. PARAN.	1,40	1,40	0,00	1,00	0,00	1,00	1,60	0,20	1,40	0,20	0,20	0,00	1,20	1,20	0,00
PSICOT.	1,20	1,00	0,20	0,20	0,00	0,20	0,20	0,20	1,00	0,20	0,20	0,00	1,20	1,20	0,00

T0 – Pré-teste; T1 – Pós-teste; CS – Change Score

**Tabela 2** – Resultados da aplicação da BSI

#### 4.2. Apresentação dos resultados da aplicação da BISS

Procedendo à análise dos resultados da aplicação da BISS, de acordo a tabela 3, verificou-se que, quanto ao SC, entre o T0 e o T1, o valor desceu em todos os sujeitos à exceção do sujeito 4 que o manteve. De referir que a descida do sujeito 3

foi muito significativa. Relativamente à dimensão VCE, os valores desceram em todos os sujeitos (dando ênfase de novo ao sujeito 3), exceto o sujeito 4 que manteve o nível 0. Quanto à VCI, os sujeitos 1, 2 e 3 desceram os seus níveis (realce mais uma vez para o sujeito 3 cujos níveis eram consideravelmente mais altos no T0), enquanto que os sujeitos 4 e 5 mantiveram os níveis. Tendo em conta o *Change Score* de cada sujeito, relativamente ao ST cujo RCI foi de 10,48, houve um aumento na mudança confiável no sujeito 3, havendo uma diminuição significativa neste sujeito ( $21,00 > 10,48$ ), sem mudanças nos restantes. Quanto à VCE, houve de novo um aumento na mudança confiável no sujeito 3, tendo sido o RCI de 5,89, logo houve uma diminuição significativa neste sujeito ( $11,00 > 5,89$ ), sem mudanças nos demais. No que toca à VCI, o aumento na mudança confiável deu-se novamente no sujeito 3 cujo RCI foi de 6,83, logo houve uma diminuição significativa neste sujeito ( $10,00 > 6,83$ ), sem mudanças nos restantes.

	Sujeito 1			Sujeito 2			Sujeito 3			Sujeito 4			Sujeito 5		
	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS
ST	17,00	10,00	7,00	5,00	1,00	4,00	35,00	14,00	21,00	1,00	1,00	0,00	10,00	9,00	1,00
VCE	4,00	1,00	3,00	4,00	1,00	3,00	16,00	5,00	11,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
VCI	13,00	9,00	4,00	1,00	0,00	1,00	19,00	9,00	10,00	1,00	1,00	0,00	9,00	9,00	0,00

T0 – Pré-teste; T1 – Pós-teste; CS – *Change Score*

**Tabela 3** – Resultados da aplicação da BISS

#### 4.3. Apresentação dos resultados da aplicação da FMPS

Passando à análise dos resultados da aplicação da FMPS, conforme a tabela 4, tendo em conta o T0 e o T1, apurou-se que, quanto à dimensão PE, houve uma descida considerável em todos os sujeitos com especial destaque para o sujeito 4. Relativamente à dimensão PP, todos os sujeitos desceram os seus níveis, à exceção do sujeito 3 que subiu. Na dimensão DA, a descida dos valores foi geral. No que concerne à dimensão EP, salvo o sujeito 4 que subiu ligeiramente, os restantes diminuíram os níveis em relação ao T0. Analisando a dimensão CP, os resultados foram mais díspares, uma vez que os sujeitos 1 e 4 reduziram os valores, os sujeitos 2 e 3 mantiveram e o sujeito 5 aumentou ligeiramente. Por último, na dimensão O,

somente o sujeito 3 subiu, já que os demais desceram os seus níveis. Tendo em conta o *Change Score* de cada sujeito, quanto à PE cujo RCI foi de 1,74, houve um aumento na mudança confiável de todos os sujeitos, logo houve uma diminuição bastante expressiva em toda a amostra. No que toca à PP, não houve subida na mudança confiável em nenhum dos sujeitos, tendo sido o RCI de 4,81. Relativamente à DA, ocorreu um aumento na mudança confiável no sujeito 3, tendo sido o RCI de 3,71 ( $4,00 > 3,71$ ), sem mudanças significativas nos restantes. Quanto à EP, confirmou-se uma subida na melhoria na mudança confiável nos sujeitos 1 e 3, tendo sido o RCI de 2,83 ( $3,00$  e  $5,00 > 3,71$ ), sem mudanças nos restantes. No que concerne à CP cujo RCI foi de 2,32, não ocorreu aumento na mudança confiável em nenhum dos sujeitos. Finalmente, no que toca à O, a subida na mudança confiável aconteceu nos sujeitos 2 e 4, descendo no sujeito 3, tendo sido o RCI de 1,93 e não ocorrendo mudanças significativas nos restantes sujeitos.

	Sujeito 1			Sujeito 2			Sujeito 3			Sujeito 4			Sujeito 5		
	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS
PE	24,00	18,00	6,00	21,00	12,00	9,00	20,00	16,00	4,00	22,00	9,00	13,00	21,00	17,00	4,00
PP	24,00	23,00	1,00	18,00	16,00	2,00	15,00	17,00	-2,00	21,00	17,00	4,00	21,00	18,00	3,00
DA	9,00	9,00	0,00	7,00	4,00	3,00	14,00	10,00	4,00	14,00	11,00	3,00	10,00	9,00	1,00
EP	11,00	6,00	5,00	6,00	5,00	1,00	15,00	12,00	3,00	10,00	11,00	-1,00	10,00	8,00	2,00
CP	8,00	6,00	2,00	4,00	4,00	0,00	5,00	5,00	0,00	6,00	4,00	2,00	10,00	11,00	-1,00
O	23,00	22,00	1,00	25,00	23,00	2,00	25,00	28,00	-3,00	29,00	24,00	5,00	22,00	21,00	1,00

T0 – Pré-teste; T1 – Pós-teste; CS – *Change Score*

**Tabela 4** – Resultados da aplicação da FMPS

#### 4.4. Apresentação dos resultados da aplicação da IES-2

Quanto à análise dos resultados da aplicação da IES-2, mediante a tabela 5, tendo em conta o T0 e o T1, certificou-se que, quanto ao SC, houve uma descida dos valores dos sujeitos 1, 2 e 4 e uma subida dos sujeitos 3 e 5. Relativamente à dimensão CRF, os sujeitos 1 e 2 desceram os seus níveis, enquanto que os restantes subiram. Curiosamente, ainda nesta dimensão, os sujeitos 4 e 5 apresentaram exatamente os mesmos valores no T0 e T1. No que respeita à dimensão PIC, os



resultados foram menos homogêneos, tendo os sujeitos 1, 4 e 5 descido os seus valores, ao passo que o sujeito 2 manteve e o 3 subiu. Na dimensão UPI, os sujeitos 1, 3 e 5 subiram os seus valores, enquanto que os sujeitos 2 e 4 desceram. Finalmente, na dimensão CCA, os sujeitos 2, 3 e 5 subiram os seus níveis, ao contrário do sujeito 1 que desceu e do sujeito 4 que manteve. Note-se que, ao contrário das restantes escalas aplicadas, nesta a subida dos níveis revela uma melhoria de resultados. Tendo em conta o CS de cada sujeito, relativamente ao ST cujo RCI foi de 0,48, houve um aumento na mudança confiável no sujeito 3 ( $0,61 > 0,48$ ) e nos restantes não houve mudanças. Quanto à CRF cujo RCI foi de 0,36, houve uma diminuição na mudança confiável nos sujeitos 1 e 2 ( $-0,37$  e  $-1 < 0,36$ ) e não houve modificações nos restantes. No que toca à PIC cujo RCI foi 0,54, houve uma subida na mudança confiável do sujeito 3 ( $0,67 > 0,54$ ), uma descida no 5 e sem mudanças nos restantes. Relativamente à UPI cujo RCI foi 0,86, houve um aumento na mudança confiável do sujeito 3 ( $1,00 > 0,86$ ) e não houve mudanças expressivas nos restantes. Por fim, na dimensão CCA cujo RCI foi 0,70, houve uma subida na mudança confiável do sujeito 3 ( $1,00 > 0,70$ ), uma descida no 1 e sem mudanças nos demais.

	Sujeito 1			Sujeito 2			Sujeito 3			Sujeito 4			Sujeito 5		
	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS	T0	T1	CS
ST	3,78	3,52	-0,26	3,96	3,52	-0,44	2,91	3,52	0,61	3,00	2,91	-0,09	3,13	3,22	0,09
CRF	3,75	3,38	-0,37	4,13	3,13	-1,00	2,88	3,00	0,12	3,25	3,38	0,13	3,25	3,38	0,13
PIC	3,50	3,33	-0,17	3,33	3,33	0,00	2,50	3,17	0,67	3,17	2,83	-0,34	3,67	2,67	-1,00
UPI	3,83	4,00	0,17	4,17	4,00	-0,17	3,50	4,50	1,00	2,17	2,00	-0,17	2,33	3,17	0,84
CCA	4,33	3,33	-1,00	4,33	4,00	-0,33	3,67	0,33	1,00	3,67	0,00	0,00	4,00	1,50	0,67

T0 – Pré-teste; T1 – Pós-teste; CS – Change Score

**Tabela 5** – Resultados da aplicação da IES-2

#### 4.5. Apresentação dos resultados do questionário de avaliação

Foi aplicado, no final da realização do programa, um questionário de avaliação para averiguar o nível de satisfação do grupo de intervenção. Cada participante, através da seleção do nível da escala utilizada (N = ‘nada’, P = ‘pouco’, R = ‘razoavelmente’, M = ‘muito’ e MS = ‘muitíssimo’), assinalou aquele que mais

se adequou a cada item. Além disso, o questionário permitiu a possibilidade de escrita de um comentário por cada tópico. Segundo a tabela 6, pode verificar-se que o nível de satisfação das participantes foi elevado e generalizado (maior incidência e frequência absoluta no ‘muito’ e ‘muitíssimo’). Relativamente à sessão considerada como mais importante, dois elementos (40%) elegeram a sessão 1, outros dois (40%) escolheram as sessões 2 e 3 e novamente dois (40%) preferiram a sessão 4. De referir que uma das participantes, em vez de optar por uma sessão, indicou duas como as mais importantes para si. Somente uma participante (sujeito 3) afirmou ter havido uma razoável alteração no peso, desde a primeira sessão, tendo as outras escolhido ‘nada’ como resposta. Relativamente às opiniões sobre as sessões, foram variadas e muito positivas.

<b>Questões/comentários</b>	<b>N</b>	<b>P</b>	<b>R</b>	<b>M</b>	<b>MS</b>
<b>1. As sessões foram importantes.</b>	0	0	1	2	2
<b>Comentários:</b> “Estas sessões vão ficar marcadas para sempre na minha memória, pois foi gratificante e muito enriquecedor.” (sujeito 3)					
<b>2. Os temas foram interessantes.</b>	0	0	1	2	2
<b>Comentários:</b> “São temas que me cativam.” (sujeito 2)					
<b>3. A informação foi suficiente.</b>	0	0	0	2	3
<b>Comentários:</b> “Suficiente e acho que nos deu consciência.” (sujeito 1)					
<b>4. Os conteúdos apresentados foram compreendidos.</b>	0	0	0	1	4
<b>Comentários:</b> “Acho que foram bem explicados e ficaram assentes, pois sessão sim, sessão não, iam-se revendo.” (sujeito 1) “Sempre. A professora apresenta e explica os conteúdos de uma forma interessante e cativante. Acho que é uma boa professora.” (sujeito 2) “Acho que ajudou o facto de, no início de cada sessão, termos voltado a falar da sessão anterior (os pontos-chaves).” (sujeito 4)					

<b>5. As sessões foram dinâmicas.</b>	0	0	0	1	4
<b>Comentários:</b> “Senti que houve muita partilha e troca de ideias.” (sujeito 1) “Adorei a forma como as sessões foram feitas. Acho que a dinâmica e cumplicidade entre todas foi magnífica.” (sujeito 3) “Gostei do facto de expressarmos as nossas opiniões e pontos de vista sobre os temas que fomos abordando.” (sujeito 5)					
<b>6. O material apresentado foi cativante.</b>	0	0	2	0	3
(Sem comentários.)					
<b>7. A duração das sessões foi adequada.</b>	0	0	0	2	3
<b>Comentários:</b> “Acho que uma hora foi adequado e prático. Informação em pequenas quantidades é mais facilmente fixável.” (sujeito 1) “Penso que é o tempo suficiente para estarmos concentradas e para não nos distrairmos.” (sujeito 4)					
<b>8. As sessões melhoraram a relação com a alimentação.</b>	0	0	3	1	1
(Sem comentários.)					
<b>9. As sessões melhoraram a relação com a imagem corporal.</b>	0	1	1	1	2
<b>Comentários:</b> “É cada vez mais importante desacreditar que há só um modelo de corpo ideal, mas acho que cada pessoa tem a sua opinião.” (sujeito 1)					
<b>10. Houve alterações significativas de peso desde a primeira sessão.</b>	4	0	1	0	0
<b>Comentários:</b> “O meu objetivo era perder peso e estas sessões ajudaram-me a conhecer os fatores de risco para me poder proteger. De certa forma, foi também devido a isso que perdi peso.” (sujeito 3)					
<b>11. Qual a sessão mais importante e porquê?</b> Sessão 1: 2 votos; Sessão 2 e 3: 2 votos; Sessão 4: 2 votos.					

(Observação: uma das participantes escolheu duas sessões).

**Comentários:**

“Foi a do vídeo. Acho que alguns conceitos que ela disse me abriram os olhos.”  
(sujeito 1)

“Eu gostei de todas as sessões e achei que todas foram importantes. No entanto, há uma que se destaca: a que foi em conjunto com a psicóloga.” (sujeito 2)

“Os fatores de risco e o que nos protege.” (sujeito 3)

“A sessão mais importante foi a quarta em que fizemos o *mindfulness* e em que tivemos a perceção do poder da nossa mente. Também tivemos o exercício da alimentação consciente, em que comemos uma bolacha de uma forma lenta e percebemos o que sentimos ao fazê-lo.” (sujeito 5)

“A sessão mais importante foi aquela em que abordámos os fatores de risco, pois é ao ter conhecimento destes que nos iremos proteger. Ao longo de todas as sessões, tínhamos de ter presente esse conhecimento.” (sujeito 4)

**Tabela 6** – Resultados do questionário de avaliação

#### **4.6. Inter-relação dos resultados dos instrumentos de avaliação**

Atendendo aos resultados obtidos, através da aplicação dos respetivos instrumentos que sugeriram uma melhoria nos quatro constructos estudados (afeto negativo pela BSI; vergonha pela BISS; perfeccionismo pela FMPS; alimentação intuitiva pela IES-2), pode verificar-se que o programa de intervenção influenciou positivamente o grupo de estudo, relativamente à sensibilização, clarificação, consciencialização e aquisição de novos conhecimentos relacionados com um comportamento alimentar adaptativo, bem como à sua aplicação no quotidiano, promovendo, por conseguinte, uma vida com mais saúde. O questionário de avaliação aplicado, no final do conjunto das sessões, revelou a importância e o impacto que estas tiveram nas participantes ao afirmarem frases que remeteram para, além da satisfação com as temáticas abordadas, o passar a estar alerta dos fatores de risco e a ter a consciência de os transformar em fatores de proteção, o poder passar a praticar uma alimentação consciente numa ótica de uma relação adaptativa com a alimentação.

#### 4.7. Discussão dos resultados

Este trabalho teve como objetivo verificar a eficácia da aplicação de um programa de sensibilização e promoção de saúde, em jovens adultas da população geral, cuja temática incidiu nas dificuldades de regulação do comportamento alimentar e da imagem corporal, de forma a contribuir para a clarificação de alguns fatores de risco (papel da pressão sociocultural, da vergonha, do afeto negativo e de variáveis individuais como o perfeccionismo), bem como de fatores protetores e ainda promover uma relação adaptativa com o Eu e com o comportamento alimentar, nomeadamente a aceitação da imagem corporal e uma alimentação mais consciente e flexível.

De acordo com os resultados obtidos, pode afirmar-se que o sujeito 3, de um modo geral, destacou-se por ter revelado melhorias expressivas nas distintas áreas. Após as sessões, demonstrou ter diminuído os níveis de afeto negativo, nomeadamente obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, bem como os níveis de vergonha, mais especificamente *score* total, vergonha corporal externa e vergonha corporal interna e ainda os níveis de perfeccionismo, mais concretamente dúvidas sobre ações e expectativas dos pais. Por fim, com o aumento dos níveis relativos à alimentação intuitiva, designadamente *score* total, uso de pistas internas de fome e saciedade e congruência corpo-alimentação, verificou-se igualmente melhoria nesta área.

Focando a atenção nas várias dimensões relacionadas com o afeto negativo ou seja, por emoções não positivas, o sujeito 2 teve alguma expressividade nos seus resultados (obsessões-compulsões, ideação paranoide), bem como o 4 (hostilidade). Nas dimensões somatização, depressão e ansiedade, não houve alterações em nenhum dos sujeitos. Na hostilidade, o sujeito 4 revelou um aumento nos seus resultados, enquanto que o 5 revelou uma diminuição. Relativamente ao constructo da vergonha que se traduz por comportamentos de ocultação do corpo, na sua vertente interna e o medo de avaliações negativas dos outros e subsequentes comportamentos de evitamento de exposição do corpo, na sua vertente externa, destacou-se novamente uma melhoria generalizada deste constructo no sujeito 3, nas três dimensões avaliadas. Quanto ao perfeccionismo, ou seja, a busca pela perfeição com padrões excessivamente altos de desempenho e tendência excessivamente crítica

em relação ao seu comportamento, toda a amostra melhorou os seus níveis na dimensão preocupação com os erros, enquanto que, nas dimensões padrões pessoais e crítica parental, não houve melhorias. O sujeito 3 destacou-se na melhoria nas dimensões dúvidas sobre ações e expectativas dos pais, o sujeito 4 na organização e o 3 na preocupação com os erros. De referir que houve uma diminuição do sujeito 3 em relação aos níveis da organização. No que concerne à alimentação consciente ou intuitiva, ou seja, a ingestão baseada na fome fisiológica e em sinais de saciedade, em vez de pistas situacionais e emocionais, o sujeito 3 voltou a salientar-se pelo aumento dos seus resultados (*score* total, permissão incondicional para comer, uso de pistas internas de fome e saciedade e congruência corpo-alimentação) em quatro das cinco dimensões da IES-2. Ainda em relação à alimentação intuitiva, houve uma diminuição dos níveis dos sujeitos 1 e 2 na dimensão comer por razões físicas e não emocionais, do sujeito 1 na dimensão congruência corpo-alimentação e no sujeito 5 na dimensão permissão incondicional para comer. De referir que tal poderá, eventualmente, ser justificado pelo facto dos sujeitos 1 e 5 terem tido a sessão 4 separadamente por falta de possibilidade da sua presença na data inicialmente estipulada. Mesmo tendo sido alterada a data da referida sessão, os sujeitos 1 e 5, para poderem comparecer, tiveram que se ausentar de um momento de praxe académica que continuaria após a sessão, facto esse que talvez tenha comprometido a forma como receberam a sessão. A vergonha foi a única área em que não houve aumento dos *scores*, tendo todos os sujeitos revelado uma diminuição dos seus níveis. O mesmo não aconteceu no afeto negativo (aumento da hostilidade no sujeito 5) e no perfeccionismo (aumento da organização no sujeito 3).

Cruzando estes resultados com as questões/comentários que as participantes manifestaram nas sessões (tabela 6 e anexo XI), constatou-se que o sujeito 3, além de ter sido aquele que manifestou resultados mais expressivos foi quem foi revelando um forte interesse e um maior reconhecimento da aplicação das sessões: “Adorei a forma como as sessões foram feitas. Acho que a dinâmica e cumplicidade entre todas foi magnífica.”; “Estas sessões vão ficar marcadas para sempre na minha memória, pois foi gratificante e muito enriquecedor” ou ainda “O meu objetivo era perder peso e estas sessões ajudaram-me a conhecer os fatores de risco para me poder proteger. De certa forma, foi também devido a isso que perdi peso.”

Os resultados deste trabalho estão de acordo com outros estudos de programas (*BEfree*, *CARE*, *Eat for Life*, *My Body Knows When*), testados na população em geral, baseados na alimentação intuitiva, corroborando dados já alcançados. No entanto, neste caso, trata-se de uma breve intervenção junto da população geral.

De acordo com as expectativas e atendendo aos resultados obtidos através dos respetivos instrumentos, a aplicação das sessões de promoção de saúde contribuíram para a diminuição, de um modo geral, dos níveis de vergonha corporal, afeto negativo e perfeccionismo e aumento dos níveis de alimentação intuitiva. Portanto, este estudo sugere que a consciencialização da pressão sociocultural, do papel da vergonha, do afeto negativo e do perfeccionismo podem ter impacto na autorregulação do comportamento alimentar, através de uma relação adaptativa do Eu com o comportamento alimentar.

## 5. CONCLUSÃO

Este projeto explorou a aplicação de uma intervenção breve de promoção de comportamentos alimentares saudáveis e de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar e com a imagem corporal, o papel da pressão sociocultural, da vergonha, do afeto negativo e do perfeccionismo, enquanto fatores na relação do Eu com o comportamento alimentar, nomeadamente da aceitação da imagem corporal em jovens adultas, abordando a importância da alimentação consciente como ferramenta para uma relação adaptativa com a alimentação.

Vários relatos teóricos e empíricos têm enfatizado a associação entre a vergonha corporal e o comportamento alimentar com foco numa alimentação intuitiva que cultiva uma maior consciência dos sinais de fome e saciedade, bem como de estados emocionais negativos que podem desencadear PCA. Estes sintomas foram identificados como uma consequência comum desse processo, possivelmente cumprindo a função de reduzir ou evitar o afeto negativo, apesar de desconectada dos sinais internos da pessoa (como citado em Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016).

Após a apresentação e discussão dos resultados, há que refletir sobre as limitações do presente estudo. A primeira limitação a ser verificada foi o reduzido número de participantes, limitando a generalização destes resultados para a

população em geral. Logo, estes resultados deveriam ser replicados numa amostra maior. Adicionalmente, a amostra composta apenas por mulheres, não permitiu extrapolar estes resultados para uma amostra de homens, podendo o impacto relativo à aplicação das sessões de promoção em saúde ser diferente numa amostra masculina. Não menos importante é o facto de o estudo não ter comparado os resultados com um grupo de controlo o que pode comprometer a interpretação dos resultados, apesar de ter sido utilizado o índice de mudança confiável, cálculo que permite avaliar o significado estatístico dessa mudança, sendo mais fidedigna a sua validade e fiabilidade. Uma outra limitação foi a dificuldade em conciliar algumas datas das sessões para que o grupo estivesse todo presente, provocando assim a sua divisão em algumas sessões como forma de solução, podendo ter comprometido os resultados já que nunca existem duas sessões totalmente iguais, além da interação dos elementos não ter ocorrido com o grupo completo. No entanto, há que referir que, dada a flexibilidade quer da investigadora quer da psicóloga clínica, foi possível com que todos os elementos usufríssem do número total de sessões. Por fim, relativamente à avaliação dos efeitos do programa, a longo prazo, teria sido uma mais-valia a realização de um *follow-up*, o que não aconteceu pela impossibilidade de tempo útil para tal.

Os resultados obtidos pelas participantes, através dos devidos instrumentos, demonstraram que houve uma diminuição de grande parte dos seus níveis de vergonha corporal, afeto negativo e perfeccionismo e um aumento dos níveis de alimentação intuitiva, com especial incidência num dos sujeitos. Estes dados sugerem que uma clarificação de alguns fatores de risco e de proteção poderão promover, em jovens adultas da população geral, uma relação adaptativa com o Eu e com o comportamento alimentar, nomeadamente a aceitação da imagem corporal e uma alimentação mais consciente e flexível.

Como citado em Gouveia, Canavarro e Moreira (2017), as intervenções em saúde podem ser úteis para desenvolver formas adaptativas de regulação emocional, regulando o afeto negativo e fomentando uma relação mais adaptativa com o comportamento alimentar.

Os resultados obtidos foram ao encontro da evidência científica analisada, sugerindo que é possível melhorar a relação do Eu com a alimentação, através de



sessões de promoção de saúde. Por conseguinte, considerou-se este projeto viável, exequível e frutífero para melhorar a saúde de jovens adultas no que concerne a uma relação adaptativa com a alimentação.

Mediante os resultados positivos obtidos com este projeto, sugere-se que se proceda a pesquisas futuras, bem como se implemente um maior número de programas de intervenção para a promoção da saúde, nesta área específica, abrangendo, desta forma, mais indivíduos e contribuindo para o aumento de uma relação adaptativa do Eu com o comportamento alimentar, promovendo a saúde da população em geral.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A., Soares, M., Pereira, A., Bos, S., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M., & Macedo, A. (2013). Frost Multidimensional Perfectionism Scale: versão portuguesa. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 40(4), 144-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000400004>
- Avalos, L. & Tylka, T. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486-497. doi: 10.1037/0022-0167.53.4.486
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, 10:9. Disponível em: <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9>
- Bacon, L., Stern, J., Loan, M. & Keim, N. (2005). Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), 929-936. doi: 10.1016/j.jada.2005.03.011
- Basto, L. (2000). Contributo da Enfermagem para a promoção da saúde da população. Lisboa: Ministério da Saúde. Sub-região de Saúde de Lisboa.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self defeat. *Psychology Today*, 34, 51.
- Bush, H., Rossy, L. Mintz, L. & Schopp, L. (2014). Eat for Life: A Work Site Feasibility Study of a Novel Mindfulness-Based Intuitive Eating Intervention.

- American Journal of Health Promotion*, 28(6), 380-388.  
doi.org/10.4278/ajhp.120404-QUAN-186
- Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, (volume III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto.
- Candeias, N. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: Mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Scielo Public Health*. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101997000200016&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101997000200016&script=sci_arttext&tlng=es)
- Cole, R. & Horacek, T. (2010). Effectiveness of the My Body Knows When Intuitive-eating Pilot Program. *American Journal of Health Behavior*, 34(3), 286-297. doi.org/10.5993/AJHB.34.3.4
- Denny, K., Loth, K., Eisenberg, M. & Neumark-Sztainer, D. (2012). Intuitive eating in young adults: Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*, 1-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.029>
- Dyke, N. & Drinkwater, E. (2013). Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757–1766. doi:10.1017/S1368980013002139
- Duarte, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-defining memories of body image shame and binge eating in men and women: Body image shame and self-criticism in adulthood as mediating mechanisms. *Sex Roles*, 77(5-6), 338–51. doi: 10.1007/s11199-016-0728-5
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R., Gale, C., Morris, L., Gouveia, J. et al. (2017). The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviours in overweight and obese women participating in a weight management programme. *PLoS One*, 12(1), 0167571. doi: 10.1371/journal.pone.0167571
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, & Ferreira, C. (2015). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clin Psychol Psychother*. doi: 10.1002/cpp.1996.

- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eat Behav*, 15(4), 638-43. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Batista, D. (2014). Body Image as a Source of Shame: A New Measure for the Assessment of the Multifaceted Nature of Body Image Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. & Mendes, A. (2016). Psychometric Properties of the Intuitive Eating Scale – 2 and Association with Binge Eating Symptoms in a Portuguese Community Sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 329-341.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. & Stubbs, R. (2017). Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clin Psychol Psychother*, 1(11). doi: 10.1002/cpp.2094
- Espíndola, C. & Blay, S. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: Revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr RS*, 28(3), 265-75.
- Fairburn, C., Cooper, Z. & O'Connor, M. (2008). Eating Disorder Examination (Edition 16.0D). In C. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, 265–308. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, D. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the Moderator Effect of Acceptance on Disordered Eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 327-345.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2014). Self-criticism, Perfectionism and Eating Disorders: The Effect of Depression and Body Dissatisfaction. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 409-420.
- Fernandes, L. (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 137(1), 68-96. doi: 10.1037/a0021466
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Gilbert, P. (2002). Body Shame: A biopsychological conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert and J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualisation Research and Treatment*, (pp. 3-54). London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In: Tracy J, Robins R, Tangney J, editors. *The Self-Conscious Emotions: Theory and research*, 283–309. New York: Guilford.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert and B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J, Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(4). doi: 10.1186/s40639-017-0033-3
- Gilbert, P. Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol*. 43(1), 31-50. doi: 0.1348/014466504772812959
- Gonçalves, S., Machado, B. & Machado, P. (2011). Papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 280-297.
- Goss, K. & Allan, S. (2009a). Shame, Pride and Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303–316. doi: 10.1002/cpp.627
- Goss, K. & Allan, S. (2009b). Pride and eating disorders. *Clin Psychol Psychother*, 16, 303-16. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.141

- Gouveia, M., Canavarro, M. & Moreira, H. (2017). O papel moderador do peso na associação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos alimentares. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8, 13-32.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U. & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clin Psychol Psychother*, 13(1),12-9. doi: 10.1002/cpp.463
- Heidemann, I., Boehs, A., Fernandes, G., Wosny, A. Jamila & Marchi, J. (2012) Promoção da saúde e qualidade de vida: Concepções da carta de ottawa em produção científica. *Cienc Cuid Saude*, 11(3):613-619 doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i3.135544
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-58. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 12-19.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Luo, J., Forbush, K., Williamson, J., Markon, K. & Pollack, L. (2013). How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism? *Eating Behaviors*, 14, 291-294. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.04.003
- Macedo, A., Soares, M., Azevedo, M., Gomes, A., Pereira, A., Maia, B. & Pato, M. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese University Students. *European Eating Disorders Review*, 15, 296-304. doi: 10.1002/erv.735
- Markham, A., Thompson, T. & Bowling, A. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38, 1529-154. doi:10.1016/j.paid.2004.08.018
- Mathieu, J. (2009). What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*. doi: 10.1016/j.jada.2009.10.023
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2012). When I don't like myself: Psychometric properties of the Portuguese version of the Internalized Shame Scale. *Spanish Journal of Psychology*.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoia ideation and social anxiety in a general community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 334-49. doi: 10.1002/cpp.1766
- Moore, M., Masuda, A., Hill, M. & Goodnight, B. (2014). Body image flexibility moderates the association between disordered eating cognition and disordered eating behavior in a non-clinical sample of women: A cross-sectional investigation. *Eating Behaviors*, 15, 664–669. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.02
- Neves, C. (2011). *A relação entre Mindfulness, Auto-Compaixão, Vergonha e Psicopatologia em praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga*. (Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/132>
- O'Reilly, G. & Black, D. (2015). Considering mindfulness training for obesity-related eating Behaviors in children and adolescents: A conceptual review. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 03(03). doi:10.4172/2375-4494.1000207
- Peres, S. & Santos, A. (2007). Imagem corporal: Conceitualização e avaliação. In P. W. Schelini (Ed.), *Domínios da avaliação psicológica*, pp. 125-139.
- Peres, S., Santos, M. & Kruschewsky, M. (2007). Imagem corporal em obesos mórbidos antes e depois de uma intervenção multidisciplinar. *Psychologica*, 44, 467-488.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira & C., Duarte, C. (2016). Thinness in the pursuit for social safeness: An integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. *Clin Psychol Psychother*, 21(2), 154-65. doi: 10.1002/cpp.1820
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M. & Costa, J. (2016). BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1–9. doi: 10.1002/cpp.2072
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M. & Costa, J. (2016). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge

- eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of Health Psychology*, 1-14. doi.org/10.1177/1359105316676628
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Duarte, C. (2012). Thinness in the Pursuit for Social Safeness: An Integrative Model of Social Rank Mentality to Explain Eating Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1820
- Puhl, R. & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-64. doi: 10.1038/oby.2008.636
- Resende, H. (2012). *Regulação emocional e atitudes alimentares em estudantes universitários: Um estudo na Universidade dos Açores* (Tese de Mestrado, Universidade do Minho). Disponível em: chrome-extension://oemmnclbldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24262/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Hugo%20Resendes.pdf
- Ribeiro J. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1). dx.doi.org/10.15309/15psd16010
- Rouquayrol, Z. (1995). Epidemiologia & Saúde. *Medsa Editora Médica e Científica, Cad. Saúde Públ*, 11 (1), 149-157.
- Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R. & Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2(1-2), 39-48. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Sousa, A, Araújo, J. & Nascimento, E. (2016). Imagem corporal e percepção dos adolescentes. *Revista Adolescência e Saúde*, 13(4), 104-117.
- Stice, E., Marti, C., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther*, 49(10), 622-7. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009
- Swan, S. & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol*, 42(4), 367-78. doi: 10.1348/014466503322528919
- Tangney, J. & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. & Fischer, K. (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford.

- Tylka, T. (2006). Development and Psychometric Evaluation of a Measure of Intuitive Eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226–240. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.226
- Tylka, T. & Diest, A. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item Refinement and Psychometric Evaluation With College Women and Men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153. doi: 10.1037/a0030893
- Tylka, T. & Wilcox, J. (2006). Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the sameconstruct? *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 474-485. doi:10.1037/0022-0167.53.4.474
- Tracy, J. & Robins, R. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125. doi: 10.1207/s15327965pli1502\_01
- Troop, A., Allan, S., Serpell, L. & Treasure, J. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 480-488. doi: 10.1002/erv.858
- Viana, C. (2001). *Promoção da Saúde na Escola: Perspectivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e saúde – Um estudo exploratório*. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho: Braga.
- Wiseman, C., Gray, J., Mosimann, J. & Ahrens, A. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85–89. doi: 10.1002/1098-108X(199201)11:185::AID-EAT22601101123.0.CO;2-T
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.



## **ANEXOS**

## **ANEXO I** – Questionário sociodemográfico

## Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos

Projeto de Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018

CÓDIGO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Segue-se um breve questionário sobre os dados sociodemográficos de cada participante. Por favor, crie um código de identificação (ID) constituído pelos dois últimos dígitos do cartão de cidadão e os dois últimos dígitos do seu número de telemóvel e escreva-o no campo indicado no canto superior direito desta folha. Este código permite que os dados fornecidos se mantenham anónimos e confidenciais.

Muito obrigada pela colaboração.

*Patrícia Nogueira*

1. Idade: \_\_\_\_ anos

2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino3. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_4. Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a)  
☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_5. Residência: ☐ Meio rural ☐ Meio urbano6. Agregado familiar: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão(ã) Quantos? \_\_\_\_\_  
☐ Cônjuge/companheiro(a) ☐ Filho(a) Quantos? \_\_\_\_\_  
☐ Outro(s). Qual(ais)? \_\_\_\_\_6. Habilitações literárias: ☐ 12.º ano de escolaridade ☐ Licenciatura ☐ Mestrado  
☐ Outras. Qual? \_\_\_\_\_7. Situação laboral: ☐ Estudante ☐ Trabalhador estudante  
☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

## **ANEXO II** – Declaração de consentimento informado

**Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos**

**Projeto de Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Estimado(a) estudante:

No âmbito do projeto de Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018 que está a ser realizado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra pela aluna Patrícia Isabel Dias Nogueira, professora do 1.º Ciclo, em Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral e da Doutora Cristiana Duarte, e que se intitula "Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos" venho, por este meio, solicitar a sua colaboração.

Este projeto de promoção de comportamentos alimentares saudáveis tem como objetivo sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e imagem corporal em jovens adultos, contribuir para a diminuição de alguns fatores de risco e para a promoção de fatores protetores e promover uma relação adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar, sendo constituído por 5 sessões de promoção para a saúde.

Antes e depois do programa de intervenção serão aplicados quatro questionários de rápido preenchimento, anónimos, garantindo assim a confidencialidade dos dados recolhidos, utilizados somente no contexto deste estudo. A participação será voluntária e o preenchimento dos questionários será realizado em contexto escolar, em horário posteriormente a combinar. O participante é livre de abandonar o estudo em qualquer momento da sua execução, se assim o pretender.

Assim, eu \_\_\_\_\_ (nome do(a) participante)

– declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões;

– compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre este, bem como os métodos a utilizar;

– percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;

– declaro que me asseguraram que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade;

– compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

### **ANEXO III – Instrumento de colheita de dados (BSI)**

**BSI**

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Para acesso ao instrumento completo, contactar autores).

#### **ANEXO IV – Instrumento de colheita de dados (BISS)**



## BISS

Duarte, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2010

### Instruções:

As afirmações abaixo abordam sentimentos ou experiências de vergonha em relação ao corpo que as pessoas podem ter. Qualquer pessoa já teve, em algum momento, alguns destes sentimentos ou passou por estas experiências.

Por favor, leia atentamente cada afirmação e faça um círculo em torno do número que melhor indique a frequência com que sente o que está descrito em cada item. Use a escala que se apresenta de seguida. Tente responder com sinceridade e não omita nenhum item.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1.	Evito usar roupa justa que mostre os contornos do meu corpo.				0 1 2 3 4
2.	Evito situações sociais (por exemplo, saídas, festas) por causa da minha aparência física.				0 1 2 3 4
3.	Incomoda-me ver o meu corpo despido.				0 1 2 3 4
4.	Quando vejo o meu corpo ao espelho, sinto-me uma pessoa defeituosa.				0 1 2 3 4
5.	Escolho roupas que escondam partes do meu corpo que considero feias ou desproporcionais.				0 1 2 3 4
6.	A relação que tenho com o meu corpo impossibilita-me ter um relacionamento íntimo com alguém.				0 1 2 3 4
7.	Estou atenta aos movimentos e postura do meu corpo para esconder partes de que não gosto.				0 1 2 3 4

(Para acesso ao instrumento completo, contactar autores).

## **ANEXO V – Instrumento de colheita de dados (FMPS)**

**ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO - FROST (MPS-F)**  
(Frost et al, 1990; versão portuguesa Amaral et al., 2013)

Para cada afirmação, ponha um círculo, à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo. Use a seguinte escala de avaliação.

Discordo. Use a seguinte escala de avaliação:

1	2	3	4	5		
Discordo fortemente	Discordo	nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente		
CM						
1	Se eu falhar no trabalho/escola, sou um falhado.....	1	2	3	4	5
2	Devo ficar aborrecido se errar.....	1	2	3	4	5
3	Se alguém fizer uma tarefa melhor do que eu, no trabalho/ escola., então eu sinto como se tivesse falhado a tarefa por completo.....	1	2	3	4	5
4	Se eu falhar alguma coisa, isso é tão mau como falhar completamente.....	1	2	3	4	5
5	Detesto ser menos do que o melhor.....	1	2	3	4	5
6	As pessoas provavelmente terão pior opinião de mim, se eu errar.....	1	2	3	4	5
7	Se eu não fizer as coisas tão bem como os outros, isso quer dizer que sou um ser humano inferior.....	1	2	3	4	5
8	Se eu não fizer as coisas sempre bem, as pessoas não me respeitarão.....	1	2	3	4	5
9	Quanto menos erros fizer, mais as pessoas gostarão de mim.....	1	2	3	4	5
PS						
10	Se eu não estabelecer padrões de excelência para mim, provavelmente acabarei por ser uma pessoa de segunda categoria.....	1	2	3	4	5
11	É importante para mim que eu seja completamente competente em tudo o que faço.....	1	2	3	4	5
12	Estabeleço padrões mais elevados para mim do que a maior parte das pessoas.....	1	2	3	4	5
13	Sou muito bom em concentrar os meus esforços para atingir um objectivo.....	1	2	3	4	5
14	Eu tenho objectivos extremamente elevados.....	1	2	3	4	5
15	As outras pessoas parecem aceitar para si objectivos mais baixos do que eu.....	1	2	3	4	5
16	Nas minhas tarefas quotidianas, espero um desempenho mais elevado que a maioria das pessoas.....	1	2	3	4	5

(Para acesso ao instrumento completo, contactar autores).

## **ANEXO VI – Instrumento de colheita de dados (IES-2)**

**EAI-2**

Tylka &amp; Van Diest, 2013; Tradução e adaptação de Duarte &amp; Pinto-Gouveia, 2013

Em cada frase, por favor coloque um círculo na opção que melhor caracteriza as suas atitudes ou comportamentos.

1. Tento evitar determinados alimentos com alto teor de gordura, ricos em hidratos de carbono ou altamente calóricos.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente

2. Dou por mim a comer quando me sinto emotiva(o) (por exemplo, ansiosa, deprimida ou triste), mesmo quando não me sinto fisicamente com fome.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente

3. Se sinto o desejo de comer um certo alimento, permito-me a fazê-lo.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente

4. Fico zangada(o) comigo mesma(o) por comer algo que não é saudável.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente

5. Dou por mim a comer quando me sinto sozinha(o), mesmo quando não me sinto fisicamente com fome.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente

(Para acesso ao instrumento completo, contactar autores).

## **ANEXO VII** – Pedido de autorização para cooperação no estudo (ESTeSC)

19/12/2017

Gmail - Fwd: Solicitação de autorização de projeto de mestrado



Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>

---

## Fwd: Solicitação de autorização de projeto de mestrado

---

**Rosa Neves** <spresidencia@estescoimbra.pt>  
Para: pinogueira@gmail.com  
Cc: apamaral.22@gmail.com, cristianaoduarte@gmail.com

6 de dezembro de 2017 às 14:49

Boa tarde Drª Patrícia

Relativamente ao solicitado encarrega-me a Exmª Srª Presidente, Profª Doutora Ana Ferreira de informar que o seu pedido foi autorizado.

*Cumprimentos,*

*Rosa Neves*

*(Secretariado da Presidência)*



IPC|Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Rua 5 de Outubro, Apartado 7006

3046-854 Coimbra

Telf. 239 802 430 - Fax 239 813 395

[www.estescoimbra.pt](http://www.estescoimbra.pt)

----- Mensagem Original -----

**Assunto:**Solicitação de autorização de projeto de mestrado  
**Data:**2017-11-28 13:14  
**Remetente:**Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>  
**Para:**spresidencia@estescoimbra.pt  
**Cc:**Ana Paula Amaral ESTESC <apamaral.22@gmail.com>, Cristiana Duarte <cristianaoduarte@gmail.com>

Coimbra, 27 de novembro de 2017

Excelentíssima Senhora Presidente da ESTESC

Professora Doutora Ana Ferreira

No âmbito do projeto de Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018 que está a ser realizado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra pela aluna Patrícia Isabel Dias Nogueira, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral e da Doutora Cristiana Duarte, e que se intitula "Promoção de comportamentos alimentares saudáveis em jovens adultos" venho, por este meio, solicitar a vossa colaboração.

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=y1jErBASJ1g.pt\\_PT.&view=pt&msg=1602c4d8d1c128c1&search=inbox&siml=1602c...](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=y1jErBASJ1g.pt_PT.&view=pt&msg=1602c4d8d1c128c1&search=inbox&siml=1602c...) 1/2

19/12/2017

Gmail - Fwd: Solicitação de autorização de projeto de mestrado

Este projeto de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em jovens adultos tem como objetivo sensibilizar para a temática em questão e contribuir para a diminuição de alguns fatores de risco e para a promoção de fatores protetores.

Será constituído por 5 sessões de intervenção, no âmbito da educação para a saúde. Antes e depois do programa de intervenção (pré e pós teste) serão aplicados os seguintes instrumentos:

- Brief Symptom Inventory (BSI: versão portuguesa de Canavarro, 1999);
- Body Image Shame Scale (BISS: Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Batista, 2015).
- Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; versão portuguesa de Amaral et al., 2013);
- Intuitive Eating Scale-2 (IES-2: Tylka & Kroon Van Diest, 2013; versão portuguesa de Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016).

O público-alvo serão cerca de 20 alunos da ESTESC e os questionários serão anónimos, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos. A participação dos alunos será voluntária.

Gostaria, por isso, de solicitar a divulgação do estudo juntos dos alunos, passar os devidos instrumentos e realizar a intervenção em local e hora a definir.

Agradeço, desde já, a atenção e disponibilidade, ficando a aguardar por uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

**Patrícia Nogueira**



**ANEXO VIII** – Pedido de autorização para cooperação no estudo (ESENfC)

07/03/2018

Gmail - Solicitação de autorização de projeto de mestrado



Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>

## Solicitação de autorização de projeto de mestrado

**Esenfc** <esenfc@esenfc.pt>  
Para: pinogueira@gmail.com

6 de março de 2018 às 09:39

Exma Senhora  
Dra. Patrícia Nogueira

Na sequência de contacto telefónico venho informar V. Exa. de que foi autorizada a colaboração no projeto de mestrado, através da divulgação de cartaz das sessões do projeto junto aos estudantes.

Aguardamos o envio do cartaz para procedermos à sua divulgação.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado,  
Sandra Guedes

**De:** Patrícia Nogueira [mailto:pinogueira@gmail.com]  
**Enviada:** terça-feira, 6 de março de 2018 01:22  
**Para:** Esenfc <esenfc@esenfc.pt>  
**Assunto:** Re: FW: Solicitação de autorização de projeto de mestrado

Boa noite.

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol\\_pt\\_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol_pt_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d)

1/4

07/03/2018

Gmail - Solicitação de autorização de projeto de mestrado

Relembro a solicitação do envio de um e-mail em que conste o vosso consentimento na autorização de colaboração no projeto de mestrado "Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos".

Muito agradecida.

Entretanto, enviarei brevemente, conforme informei por telefone, um e-mail com o cartaz de divulgação das sessões do projeto.

Atenciosamente,

**Patrícia Nogueira**

No dia 28 de fevereiro de 2018 às 14:44, Esenfc <esenfc@esenfc.pt> escreveu:

Exma Senhora  
Dra. Patrícia Nogueira

Na sequência do e-mail recebido, venho informar V. Exa. de que foi divulgado junto aos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra o pedido de colaboração.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado,  
Sandra Guedes

**De:** Patrícia Nogueira [mailto:pinogueira@gmail.com]  
**Enviada:** quarta-feira, 21 de fevereiro de 2018 22:57

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol\\_pt\\_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol_pt_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d)

2/4

07/03/2018

Gmail - Solicitação de autorização de projeto de mestrado

**Para:** esenfc@esenfc.pt  
**Cc:** Ana Paula Amaral ESTeSC <apamaral.22@gmail.com>; Cristiana Duarte <cristianaoduarte@gmail.com>  
**Assunto:** Solicitação de autorização de projeto de mestrado

Boa noite.

Uma vez que não encontrei no site da ESEnFC o e-mail da senhora presidente da instituição, solicito o encaminhamento deste e-mail para a mesma ou que me seja facultado o seu e-mail.

Muitíssimo obrigada.

Atenciosamente,

Patrícia Nogueira

Coimbra, 21 de fevereiro de 2018

Excelentíssima Senhora Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Polo B)  
Professora Doutora Maria da Conceição Bento

No âmbito do projeto de Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018 que está a ser realizado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra pela aluna Patrícia Isabel Dias Nogueira, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral e da Doutora Cristiana Duarte, e que se intitula "Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos" venho, por este meio, solicitar a vossa colaboração.

Este projeto de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em jovens adultos tem como objetivo sensibilizar para a temática em questão e contribuir para a diminuição de alguns fatores de risco e para a promoção de fatores protetores.

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol\\_pt\\_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol_pt_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d)

3/4

07/03/2018

Gmail - Solicitação de autorização de projeto de mestrado

Será constituído por 5 sessões de intervenção, no âmbito da educação para a saúde. Antes e depois do programa de intervenção (pré e pós teste) serão aplicados os seguintes instrumentos:

- Brief Symptom Inventory (BSI: versão portuguesa de Canavarro, 1999);
- Body Image Shame Scale (BISS: Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Batista, 2015).
- Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; versão portuguesa de Amaral et al., 2013);
- Intuitive Eating Scale-2 (IES-2: Tylka & Kroon Van Diest, 2013; versão portuguesa de Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016).

O público-alvo serão cerca de 20 alunos da ESTeSC e da ESEnFC e os questionários serão anónimos, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos. A participação dos alunos será voluntária.

Gostaria, por isso, de solicitar a divulgação do estudo juntos dos alunos, passar os devidos instrumentos e realizar a intervenção em local e hora a definir.

Agradeço, desde já, a atenção e disponibilidade, ficando a aguardar por uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Nogueira

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol\\_pt\\_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=5e621927f2&jsver=14Q3qrKk3ol_pt_PT.&view=pt&msg=161faae45995b14d&search=sent&dsqt=1&siml=161faae45995b14d)

4/4

## **ANEXO IX** – Cartaz de divulgação

**ALIMENTAÇÃO**

**INDEFULSA**

Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar

**Sessão 1**  
11 de abril  
O que nos vulnerabiliza?

**Sessão 2**  
16 de abril  
O que nos protege? (parte 1)

**Sessão 3**  
18 de abril  
O que nos protege? (parte 2)

**Sessão 4**  
23 de abril  
Alimentação consciente

**Sessão 5**  
30 de abril  
Partilha final

**ACEITAÇÃO CORPORAL**

**VERGONHA**

**PRESSÃO SOCIOCULTURAL**

**na ESTOC**

**INSCREVE-TE!**  
Dá direito a certificado. Vagas limitadas!  
alimentasao.projeto@gmail.com

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO**  
Politécnico de Coimbra  
www.esec.pt

**SESSÃO 0** – apresentação do programa e recolha de dados, dia 9 de abril, 18h00/19h00

## **ANEXO X – Pedido de autorização para utilização de instrumento (BSI)**

19/12/2017

Gmail - Solicitação da utilização de instrumento (BSI)



Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>

---

## Solicitação da utilização de instrumento (BSI)

---

Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>

27 de novembro de 2017 às 22:18

Para: mccanavarro@fpce.uc.pt

Cc: Ana Paula Amaral ESTESC <apamaral.22@gmail.com>, Cristiana Duarte <cristianaoduarte@gmail.com>

Coimbra, 27 de novembro de 2017

Excelentíssima Senhora Professora Doutora Cristina Canavarro

No âmbito do projeto de Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018 que está a ser realizado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra pela aluna Patrícia Isabel Dias Nogueira, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral e da Doutora Cristiana Duarte, e que se intitula "Promoção de comportamentos alimentares saudáveis em jovens adultos" venho, por este meio, solicitar autorização para utilização do instrumento Brief Symptom Inventory (BSI: versão portuguesa de Canavarro, 1999) na realização deste estudo.

Este projeto de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em jovens adultos tem como objetivo sensibilizar para a temática em questão e contribuir para a diminuição de alguns fatores de risco e para a promoção de fatores protetores.

Agradeço, desde já, a atenção, ficando a aguardar por uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Nogueira

08/01/2018

Gmail - Solicitação da utilização de instrumento (BSI)



Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>

---

## Solicitação da utilização de instrumento (BSI)

---

Ana Rita Martins <anarita.morais.martins@gmail.com>  
Para: Patrícia Nogueira <pinogueira@gmail.com>

8 de janeiro de 2018 às 11:21

Cara Patrícia Nogueira,

Encontra-se autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI (Canavarro, M. C., 1997), a qual se envia em anexo. Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar a bibliografia indicada na nossa página web <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>, bem como capítulo de livro que também anexo ao presente email.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Martins

(P<sup>la</sup> Prof. Cristina Canavarro)

[Citação ocultada]

---

### 2 anexos

 **BSI.pdf**  
39K

 **2007\_Inventario\_de\_Sintomas\_Psicopatologicos.pdf**  
7433K



**ANEXO XI** – Planificação e diário de bordo das sessões de promoção de saúde  
“AlimentaSão”

## Sessões de Promoção de Saúde

### ALIMENTAÇÃO

Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos

#### SESSÃO 0

(Sessão BRANCA)

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO BRANCA	
<b>PROJETO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos</li> </ul>
<b>SESSÃO 0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do Projeto e Pré-teste</li> </ul>
<b>TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do Projeto e Recolha de Dados</li> </ul>
<b>DATA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9 de abril de 2018</li> </ul>
<b>LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Sala Zaida Chieira)</li> </ul>
<b>TEMPO PREVISTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 minutos</li> </ul>
<b>RESPONSÁVEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrícia Nogueira</li> </ul>
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jovens adultos estudantes da ESTeSC/ESEnfC</li> </ul>
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar o Projeto “Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar” (título e identificação, público-alvo, enquadramento do tema, descrição do projeto, instrumentos aplicados, objetivos, resultados esperados, cronograma e referências bibliográficas) e aplicar o consentimento informado, questionário sociodemográfico e pré-teste composto por quatro instrumentos.</li> </ul>
<b>Ação/Plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação da responsável do projeto</li> <li>Projeção multimédia “Apresentação do Projeto e Recolha de Dados” (Sessão BRANCA)</li> <li>Aplicação do consentimento informado, questionário sociodemográfico e instrumentos de aplicação (pré-teste)</li> </ul>

<b>Objetivo específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer o público-alvo sobre o projeto, obter os dados sociodemográficos de cada participante, bem como o respetivo consentimento informado e preencher os instrumentos de aplicação (pré-teste)</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura do programa</li> <li>• Instrumentos de aplicação</li> </ul>
<b>Método/estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo</li> <li>• Esclarecimento do projeto através de uma apresentação multimédia</li> <li>• Interação constante com e entre o grupo</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador e projetor multimédia</li> <li>• Consentimento informado, questionário sociodemográfico, instrumentos de aplicação (pré-teste) e esferográficas</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração da projeção multimédia “Apresentação do Projeto e Recolha de Dados” (Sessão BRANCA)</li> <li>• Preenchimento do consentimento informado, questionário sociodemográfico e instrumentos de aplicação (pré-teste)</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação direta: interesse/entusiasmo e participação/contributo</li> </ul>

<b>DIÁRIO DE BORDO DA SESSÃO BRANCA</b>	
<b>Adesão/interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O grupo esteve muito atento e interessado desde os primeiros instantes.</li> </ul>
<b>Questões/ilacões relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não existiram.</li> </ul>

## SESSÃO 1

### (Sessão CINZENTA)

<b>PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO CINZENTA</b>	
<b>PROJETO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos</li> </ul>
<b>SESSÃO 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que nos vulnerabiliza? (Sessão CINZENTA)</li> </ul>
<b>TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores de risco: vergonha, perfeccionismo, afeto negativo</li> </ul>

<b>DATA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 de abril de 2018</li> </ul>
<b>LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Sala Zaida Chieira)</li> </ul>
<b>TEMPO PREVISTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 minutos</li> </ul>
<b>RESPONSÁVEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrícia Nogueira</li> </ul>
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jovens adultos estudantes da ESTeSC/ESEnfC</li> </ul>
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e imagem corporal em jovens adultos, contribuindo para a diminuição de alguns fatores de risco e promovendo uma relação adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>

<b>Ação/Plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação ao e do grupo</li> <li>• Projeção multimédia “O que nos vulnerabiliza?” (Sessão CINZENTA)</li> <li>• Brainstorming a partir de imagens</li> <li>• Interação simultânea e constante com o grupo</li> </ul>
<b>Objetivo específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber de que modo os fatores de risco vulnerabilizam a relação com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento alimentar</li> <li>• Vergonha</li> <li>• Perfeccionismo</li> <li>• Afeto negativo</li> </ul>
<b>Método/estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo</li> <li>• Abordagem da temática através de uma apresentação multimédia</li> <li>• Interação constante com e entre o grupo</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas cinzentas e esferográficas</li> <li>• Computador e projetor multimédia</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração da projeção multimédia “O que nos vulnerabiliza?” (Sessão CINZENTA)</li> <li>• Brainstorming numa folha cinzenta</li> <li>• Se estou presente é porque gostaria de saber (troca de ideias – pares/grupo)</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação direta: interesse/entusiasmo e participação/contributo</li> </ul>

DIÁRIO DE BORDO DA SESSÃO CINZENTA	
<b>Adesão/interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No início, o grupo estava um pouco retraído. À medida que a sessão foi decorrendo, o à-vontade e a espontaneidade foram surgindo gradualmente e o nível de participação foi aumentando.</li> <li>• O grupo esteve muito atento e interessado desde os primeiros instantes. Através das suas intervenções, revelou-se um grupo coeso, dando origem a um ótimo ambiente de trabalho com espírito de equipa.</li> <li>• Respostas obtidas no Brainstorming...             <ul style="list-style-type: none"> <li>...do <b>comportamento alimentar</b> (O que é?...): “matar a fome”; “o que leva ao ato de comer”; “não fazer erros com a alimentação”.</li> <li>...da <b>vergonha</b> (O que é?...): “não fazer algo que se quer”; “medo da opinião/aceitação dos outros e de nós próprios”; “receio da exposição”.</li> <li>... do <b>perfeccionismo</b> (O que é?): “querer fazer sempre o correto”; “exigir o rigor/perfeição”; “não permitir o erro”; “ser visto aos olhos dos outros como perfeitos/ideais”.</li> <li>... do <b>afeto negativo</b> (O que é?...): “sentir isolamento perante a sociedade”; “não ter afeto por nós próprios/ desconsideração pessoal”; “sentimento de culpa”.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Questões/ilações relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao questionar o grupo sobre o que era o perfeccionismo, uma das participantes lançou a seguinte dúvida: “Será o perfeccionismo uma forma de competição com os outros? O ser-se melhor do que os outros”. Foi debatido que o que é o melhor para uma pessoa, pode não ser o melhor para outra. Talvez seja mais uma forma de competição com o eu.</li> <li>• Ao perguntar qual o motivo da palavra “AlimentaSão” estar escrita com S, uma participante interpretou como sendo uma forma de identificar o erro para o corrigir (perspetiva diferente do verdadeiro intuito, mas interessante e válida). As restantes estudantes concordaram em se tratar de uma brincadeira entre as palavras “alimentação” e “são” (saudável), transmitindo a ideia implícita de uma relação saudável com a alimentação, mais especificamente com o comportamento alimentar.</li> </ul>

## SESSÃO 2

(Sessão AZUL – parte 1)

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO AZUL – parte 1	
<b>PROJETO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos</li> </ul>
<b>SESSÃO 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O que nos protege? – parte 1 (Sessão AZUL)</li> </ul>
<b>TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatores de proteção: consciência da pressão sociocultural para a magreza (pares e média) e do papel da vergonha e do perfeccionismo</li> </ul>
<b>DATA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 de abril de 2018</li> </ul>
<b>LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Sala Zaida Chieira)</li> </ul>
<b>TEMPO PREVISTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 minutos</li> </ul>
<b>RESPONSÁVEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrícia Nogueira</li> </ul>
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jovens adultos estudantes da ESTeSC/ESEnFC</li> </ul>
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e imagem corporal em jovens adultos, contribuindo para a promoção de fatores protetores, promovendo uma relação adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>

<b>Ação/Plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projeção multimédia “O que nos protege?” – parte 1 (Sessão AZUL)</li> <li>Brainstorming a partir de imagens</li> <li>Interação simultânea e constante com o grupo</li> </ul>
<b>Objetivo específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceber de que modo os fatores protetores protegem a relação com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento alimentar</li> <li>Consciência da pressão sociocultural para a magreza (pares e média)</li> <li>Consciência do papel da vergonha</li> <li>Consciência do papel do perfeccionismo</li> </ul>
<b>Método/estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diálogo</li> <li>Abordagem da temática através de uma apresentação multimédia</li> <li>Interação constante com e entre o grupo</li> </ul>

<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas azuis e esferográficas</li> <li>• Computador e projetor multimédia</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração da projeção multimédia “O que nos protege?” – parte 1 (Sessão AZUL)</li> <li>• Brainstorming numa folha azul</li> <li>• Se estou presente é porque gostaria de saber (troca de ideias – pares/grupo)</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação direta: interesse/entusiasmo e participação/contributo</li> </ul>

<b>DIÁRIO DE BORDO DA SESSÃO AZUL – parte 1</b>	
<b>Adesão/interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O à-vontade e a espontaneidade do grupo foram constantes, bem com a vontade em participar.</li> <li>• O grupo esteve muito atento e interessado desde os primeiros instantes. Mais uma vez, através das suas intervenções, revelou-se um grupo coeso, dando origem a um ótimo ambiente de trabalho com espírito de equipa.</li> <li>• Respostas obtidas no Brainstorming... ...da <b>consciência da pressão sociocultural para a magreza (pares e média)</b> (O que será?...): “noção do que a sociedade pensa sobre nós”; “ter conhecimento da exigência dos outros”; “reconhecer o estereótipo da sociedade”.</li> <li>...da <b>consciência do papel da vergonha e consciência do papel do perfeccionismo</b> (O que serão?...): “estar alerta da vergonha e do perfeccionismo”; “ter noção do que é verdadeiramente o «corpo ideal»”; “saber quais são os objetivos para si próprio”.</li> </ul>
<b>Questões/ilacões relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao questionar se as citações apresentadas “Nas culturas não ocidentais, o excesso de peso é atraente e desejável e aparece associado à prosperidade, fertilidade, sucesso e segurança económica.” e “Nas culturas ocidentais, a beleza e o sucesso interpessoal aparecem cada vez mais associados a um corpo magro, tubular e sem formas.” (Gonçalves, Machado &amp; Machado, 2011) estariam corretas, uma participante achou que esta ideia estava já um pouco ultrapassada, gerando-se um breve debate se a sua opinião corresponderia à</li> </ul>



	realidade e algumas participantes acabaram por concordar que a cultura ocidental já não valoriza assim tanto o corpo excessivamente magro como outrora, havendo uma maior valorização de um corpo saudável.
--	---

### SESSÃO 3

(Sessão AZUL – parte 2)

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO AZUL – parte 2	
<b>PROJETO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos</li> </ul>
<b>SESSÃO 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O que nos protege? – parte 2 (Sessão AZUL)</li> </ul>
<b>TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatores de proteção: aceitação corporal/respeito pelo corpo (atitude compassiva/relação de compaixão)</li> </ul>
<b>DATA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>18 de abril de 2018</li> </ul>
<b>LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Sala Zaida Chieira)</li> </ul>
<b>TEMPO PREVISTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 minutos</li> </ul>
<b>RESPONSÁVEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrícia Nogueira</li> </ul>
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jovens adultos estudantes da ESTESC/ESEnfC</li> </ul>
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e imagem corporal em jovens adultos, contribuindo para a promoção de fatores protetores, promovendo uma relação adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>

<b>Ação/Plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projeção multimédia “O que nos protege?” – parte 2 (Sessão AZUL)</li> <li>Brainstorming a partir de imagens</li> <li>Interação simultânea e constante com o grupo</li> </ul>
<b>Objetivo específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceber de que modo os factores protetores protegem a relação com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento alimentar</li> <li>Aceitação corporal/respeito pelo corpo (atitude compassiva/relação de</li> </ul>



	compaixão)
<b>Método/estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo</li> <li>• Abordagem da temática através de uma apresentação multimédia</li> <li>• Interação constante com e entre o grupo</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas azuis e esferográficas</li> <li>• Computador e projetor multimédia</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração da projeção multimédia “O que nos protege?” – parte 2 (Sessão AZUL)</li> <li>• Brainstorming numa folha azul</li> <li>• Se estou presente é porque gostaria de saber (troca de ideias – pares/grupo)</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação direta: interesse/entusiasmo e participação/contributo</li> </ul>

<b>DIÁRIO DE BORDO DA SESSÃO AZUL – parte 2</b>	
<b>Adesão/interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais uma vez, o grupo esteve bastante atento e interessado desde o início. As intervenções foram constantes de cariz crítico e perspicaz. O grupo demonstrou-se novamente em sintonia e unido pelos mesmos pontos de interesse (tema geral das sessões). O ambiente de trabalho revelou-se muito bom, estando sempre presente um espírito de equipa do qual se obtiveram intervenções que se iam complementando.</li> <li>• Respostas obtidas no Brainstorming... ...da <b>aceitação corporal/respeito pelo corpo (atitude compassiva/relação de compaixão)</b> (O que será?...): “ter amor-próprio”; “aceitar como somos sem criticar”; “sensação de bem-estar e de liberdade”.</li> </ul>
<b>Questões/ilacões relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao apresentar a citação “A autocompaixão apresenta uma capacidade de amortização dos efeitos nefastos da insatisfação com a imagem corporal no envolvimento em comportamentos alimentares perturbados.” (Pinto-Gouveia et al, 2014), surgiram interpretações curiosas tais como afirmar que a autocompaixão suaviza os defeitos ou comparar a autocompaixão a um airbag dos maus sentimentos.</li> <li>• A seguir ao visionamento do vídeo “Os três componentes da autocompaixão” (Neff, 2014), foi debatido entre as participantes o papel da autocompaixão relativamente à importância de não se estar sempre a criticar e querer ser perfeito(a) para que se desenvolva uma relação</li> </ul>

	<p>adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar. Por outro lado, com uma perspetiva diferente, uma participante colocou a questão de a autocompaixão poder transformar-se em egoísmo, egocentrismo ou falta de sensibilidade por se pensar em só ter compaixão por si mesmo, não pensando nas consequências com os outros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após o fecho da sessão com a visualização da citação “Errar é humano, mas também é humano perdoar. Perdoar é próprio de almas generosas.” (Platão, séc. V a.C.), uma participante chamou a atenção para a palavra “generosas” fazendo lembrar que essa qualidade dará uma paz de espírito, já que, ao perdoar, a sensação de perdão terá um efeito de ricochete por se estar a fazer sentir bem o outro, provocando assim um bem-estar em quem perdoa.</li> </ul>
--	--

## SESSÃO 4

(Sessão VERDE)

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO VERDE	
PROJETO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos</li> </ul>
SESSÃO 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que nos protege? (Sessão VERDE)</li> </ul>
TEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação consciente</li> </ul>
DATA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 de abril de 2018</li> </ul>
LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Sala Zaida Chieira)</li> </ul>
TEMPO PREVISTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 minutos</li> </ul>
RESPONSÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissional convidado: Psicóloga Clínica e da Saúde Dulce Silva (Psicologia da Boa Forma)</li> </ul>
POPULAÇÃO-ALVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jovens adultos estudantes da ESTeSC/ESEnfC</li> </ul>
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e imagem corporal em jovens adultos, contribuindo para a promoção de uma relação adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>

<b>Ação/Plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeção multimédia “Alimentação consciente” (Sessão VERDE)</li> <li>• Interação simultânea e constante com o grupo</li> </ul>
<b>Objetivo específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber de que modo a alimentação consciente promove a relação com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento alimentar</li> <li>• Alimentação consciente</li> </ul>
<b>Método/estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo</li> <li>• Abordagem da temática através de uma apresentação multimédia</li> <li>• Interação constante com e entre o grupo</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas verdes e esferográficas</li> <li>• Computador e projetor multimédia</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quebra-gelo: o meu nome numa folha verde</li> <li>• Exploração da projeção multimédia “Alimentação consciente” (Sessão VERDE)</li> <li>• Se estou presente é porque gostaria de saber (troca de ideias – pares/grupo)</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação direta: interesse/entusiasmo e participação/contributo</li> </ul>

<b>DIÁRIO DE BORDO DA SESSÃO VERDE</b>	
<b>Adesão/interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No início, o grupo estava um pouco retraído, talvez por a sessão estar a ser apresentada por uma pessoa externa às sessões e Instituição. Mas, após a apresentação da convidada pela responsável pelo projeto, à medida que a sessão foi decorrendo, o à-vontade e a espontaneidade foram surgindo, gradualmente, e o nível de participação foi aumentando.</li> <li>• O grupo esteve muito atento e interessado, principalmente no exercício prático de alimentação consciente. Através das várias intervenções prestadas, continuou a revelar-se como um grupo coeso. O ambiente de trabalho foi muito bom.</li> </ul>
<b>Questões/ilacões relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao questionar o grupo sobre o que seria a alimentação consciente e após exploração do significado oposto (alimentação inconsciente), obtiveram-se respostas como “alimentação equilibrada”, “alimentação variada” e “alimentação completa”.</li> <li>• Ao indagar o grupo sobre a importância de ouvir o corpo, uma das participantes afirmou que “Sem o corpo, não somos nada. Se ele estiver</li> </ul>



mal, também estamos mal.” e uma outra “Há que ouvir o corpo, porque o corpo «vê» o interior.” Ao solicitar que fossem dados exemplos de como se pode ouvir o corpo, as respostas obtidas foram “sensação de fome”, “barulhinhos do estômago”, “dores de barriga”, “cólicas”, “diarreia”, “dores de cabeça”, “tonturas”, “desidratação” e “bocejar”. Para exemplos de manifestação de ansiedade, a resposta obtida foi “alteração do ritmo cardíaco”.

- Após um exercício de mindfulness (estreia para todas as participantes, exceto uma que respondeu que mindfulness significava “o poder da mente”), as reações foram extremamente positivas pela maioria. Além da concentração e desempenho terem sido exemplares, sorriram por diversas vezes, de olhos fechados, enquanto praticavam. Findado o exercício, um elemento do grupo afirmou que estava com cefaleias, mas que, durante uns momentos não as sentiu, talvez por o seu foco de atenção estar noutras partes do corpo. Ainda em relação a este exercício, uma das participantes associou esta técnica a focar no eu e não nos fatores de risco, tais como a vergonha. Foi referido igualmente que, após o exercício, se constatarem sensações de “calma” e “sono”, além de terem considerado “fácil” a sua realização.

- Depois da realização de um exercício de alimentação consciente com uma simples bolacha M<sup>aria</sup>, as constatações foram interessantes: “Comer devagar dá tempo para ter a noção de saciedade”; “Soube tão bem a bolacha M<sup>aria</sup>! Como tantas e esta foi a melhor de todas!”; “Não costumava comer destas bolachas e agora vou passar a comer!”; “Uma bolacha tão pequenina e valeu pelo pacote todo!”; “Há que mastigar devagar e bem, pois os pedaços grandes de comida dificultam a digestão.”; “Foi um bom exercício. Vou experimentar enquanto vejo televisão.”. Mas também houve quem não concordasse: “Não gostei.”; “Muito difícil de fazer: a bolacha ia-se aborrecendo comigo.”

## SESSÃO 5

(Sessão AMARELA)

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO AMARELA	
<b>PROJETO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção de uma relação adaptativa com o comportamento alimentar em jovens adultos</li> </ul>
<b>SESSÃO 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partilha final (Sessão AMARELA)</li> </ul>
<b>TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debate/reflexão</li> </ul>
<b>DATA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30 de abril de 2018</li> </ul>
<b>LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (Sala Zaida Chieira)</li> </ul>
<b>TEMPO PREVISTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 minutos</li> </ul>
<b>RESPONSÁVEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrícia Nogueira</li> </ul>
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jovens adultos estudantes da ESTeSC/ESEnfC</li> </ul>
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar para a temática das dificuldades de regulação do comportamento alimentar e imagem corporal em jovens adultos, contribuindo para a diminuição de alguns fatores de risco e promoção de fatores protetores e promovendo uma relação adaptativa com o eu e com o comportamento alimentar</li> </ul>

<b>Ação/Plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projeção multimédia “Partilha final” (Sessão AMARELA)</li> <li>Brainstorming final</li> <li>Interação simultânea e constante com o grupo</li> </ul>
<b>Objetivo específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debater/refletir sobre os temas abordados nas várias sessões</li> </ul>
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportamento alimentar</li> <li>Vergonha</li> <li>Perfeccionismo</li> <li>Afeto negativo</li> <li>Consciência da pressão sociocultural para a magreza (pares e média)</li> <li>Consciência do papel da vergonha</li> <li>Consciência do papel do perfeccionismo</li> <li>Aceitação corporal/respeito pelo corpo (atitude compassiva/relação de</li> </ul>

	compaixão) • Alimentação consciente
<b>Método/estratégias</b>	• Diálogo • Abordagem da temática através de uma apresentação multimédia • Interação constante com e entre o grupo
<b>Recursos</b>	• Folhas amarelas e esferográficas • Computador e projetor multimédia
<b>Atividades</b>	• Exploração da projeção multimédia “Partilha final” (Sessão AMARELA) • Brainstorming final numa folha amarela • Se estou presente é porque gostaria de saber (troca de ideias – pares/grupo)
<b>Avaliação</b>	• Observação direta: interesse/entusiasmo e participação/contributo • Questionário de avaliação das sessões

<b>DIÁRIO DE BORDO DA SESSÃO AMARELA</b>	
<b>Adesão/interação</b>	• Desde o início até ao final, o grupo esteve muito à vontade, interagindo de forma livre e espontânea. O nível de cumplicidade, ao longo das sessões, foi aumentando, sendo bastante notório esse facto durante toda esta última sessão. • O grupo, mais uma vez, demonstrou muita atenção e interesse, através da sua atitude e várias prestações, continuando a ser o grupo coeso que revelou ser desde o início. Tal como nas sessões anteriores, o ambiente de trabalho foi muito bom.
<b>Questões/ilações relevantes</b>	• Após questionamento dos conceitos-chave das várias sessões, eis os termos que as participantes lhes associaram: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>comportamento alimentar</b>: “hábito”; “subjetivo”; “sobrevivência”; “prazer”; “consciente”.</li> <li>• <b>o que nos vulnerabiliza</b>: “perfeccionismo”; “vergonha”; “afeto negativo”.</li> <li>• <b>vergonha</b>: “rebaixar”; “baixa autoestima”; “medo”; “autocriticismo”.</li> <li>• <b>perfeccionismo</b>: “planeado”; “melhor”; “ideal”.</li> <li>• <b>afeto negativo</b>: “emoções negativas”.</li> <li>• <b>o que nos protege</b>: “consciência da pressão social”; “consciência da família”; “consciência da pressão dos amigos”; “consciência dos factores de risco”.</li> </ul>



- **atitude compassiva:** “amor próprio”.

Foi ainda referido que a atividade da alimentação consciente “não é prática”, mas “serve para relaxar” e faz com que nos sintamos “mais cheias”.

- De uma maneira geral, o grupo considerou que as sessões foram muito importantes; os temas muito interessantes; a informação muitíssimo suficiente; os conteúdos apresentados muitíssimo compreendidos; as sessões muitíssimo dinâmicas; o material apresentado muito cativante; a duração das sessões muitíssimo adequada; o melhoramento na relação com a alimentação foi razoável, assim como com a imagem corporal e não houve praticamente nenhuma alteração significativa de peso desde a primeira sessão.



**Imagem 1** — Folhas usadas nas sessões



**Imagem 2** — Alimentação consciente com a Dr.ª Dulce Silva, Psicologia da Boa Forma



**Imagens 3 e 4** — Atividade da bolacha (alimentação consciente)



**Imagem 5** — Recordação para as participantes

PROMOÇÃO DE UMA RELAÇÃO ADAPTATIVA COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR



Projeto de Intervenção em Educação para a Saúde • Mestrado em Educação para a Saúde 2016/2018  
Mestranda: Patrícia Nogueira • Orientadora: Prof. Doutora Ana Amaral • Co-orientadora: Doutora Cristiana Duarte

Imagem 6 — Primeiro diapositivo da sessão 0

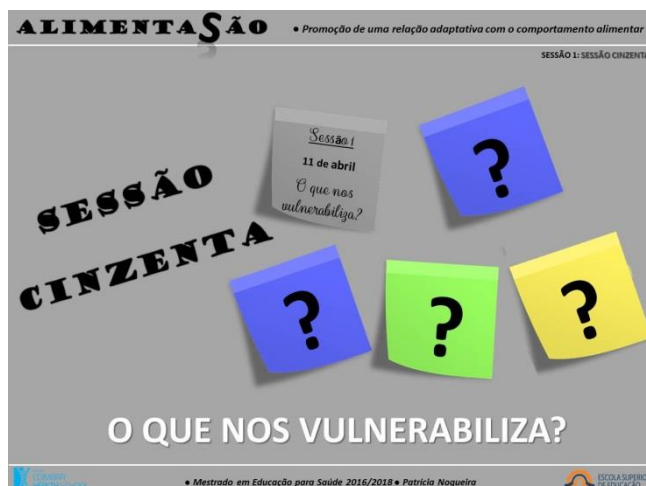


Imagem 7 — Primeiro diapositivo da sessão 1

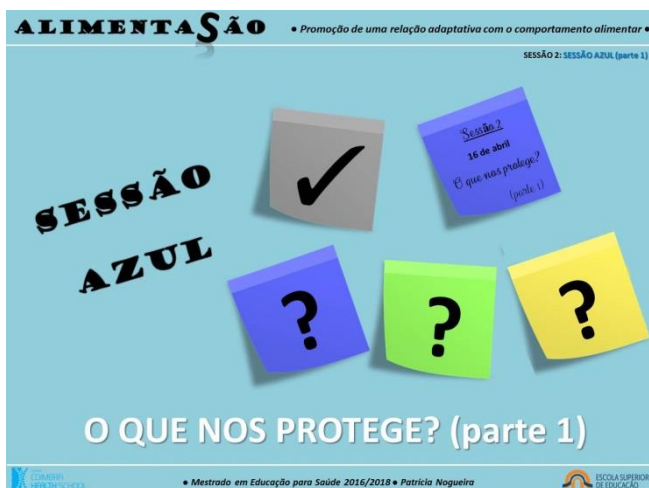


Imagem 8 — Primeiro diapositivo da sessão 2



Imagem 9 — Primeiro diapositivo da sessão 3

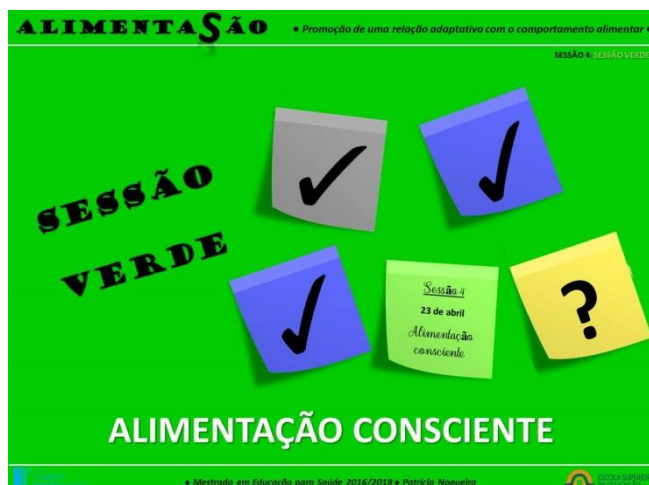


Imagem 10 — Primeiro diapositivo da sessão 4



Imagem 11 — Primeiro diapositivo da sessão 5



**ANEXO XII** – Certificado de participação

